présenté des accidents voisins de l'étranglement, sera justiciable de la cure radicale, bien plus que du traitement par le bandage. Il en est de même de l'hydrocèle réductible, qu'il y ait ou non hernie bien apparente au-dessus de la tumeur liquide, car la persistance du canal séreux existe et la hernie est au moins menaçante.

Cependant, si convaincu que nous soyons de l'innocuité de la cure radicale et de son excellence, comme méthode de choix, nous ne devons pas l'imposer et devons nous contenter de bien établir ses avantages en attendant l'autorisation d'agir.

A quel âge faut-il opérer? Les enfants trop chétifs ou trop jeunes ne seront pas opérés. Leur hernie sera maintenue jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de quinze mois à deux ans ou qu'ils aient acquis la résistance nécessaire pour supporter l'intervention, étant donné souvent que l'hospitalisation crée pour eux, dans les premiers mois, des conditions d'hygiène tout à fait inférieures et menace souvent leur vie. A. Broca, Frœlich (de Nancy) (*Congrès de* 1897) estiment qu'une grosse hernie d'une contention difficile ou impossible peut être opérée chez les tout jeunes enfants au-dessous de deux ans. Nous n'avons pas nous-même hésité à suivre cette pratique.

La cure radicale dans le jeune âge ne diffère point, comme procédé, de la cure radicale chez l'adolescent ou l'adulte. Après incision large prolongée sur la paroi du canal inguinal, on va à la recherche du sac qu'on dissèque avec un instrument mousse ou avec le doigt en l'attirant au dehors jusqu'à ce qu'apparaissent nettement la graisse prévésicale et la paroi vésicale elle-même. Est-il préférable d'ouvrir le sac pour constater son contenu, réséquer l'épiploon et suivre plus facilement la séreuse qu'on aura reconnue sur la tranche de section? Nous conseillons volontiers de n'en rien faire, étant donné qu'on évite l'ouverture du péritoine, que l'épiploon existe rarement dans le sac et que son refoulement sans résection préalable ne paraît pas avoir ici les mêmes inconvénients que chez l'adulte au point de vue de la récidive. Frœlich propose chez le nourrisson de ne pas extirper le sac et de faire

seulement la suture des plaies et d'appliquer un point de suture sur le collet du sac.

Quand il s'agit d'une hernie vaginale, la séreuse sera respectée en bas de la plaie pour créer une tunique vaginale au testicule au moyen de quelques points de suture ou même sans points de suture, tandis qu'en haut elle sera largement sacrifiée jusque dans l'abdomen, comme il a été dit précédemment, pour ne pas laisser du côté du péritoine un infundibulum qui établirait une amorce facile pour la récidive.

La cure radicale s'impose absolument dans le cas de hernie étranglée, mais chez le nouveau-né ou les enfants très affaiblis on pourra lui préférer le taxis. Dans le cas où le taxis échoue et où la vie est par conséquent menacée, la kélotomie et la cure radicale, quel que soit l'âge, quelles que soient les conditions de la santé générale, reprennent tous leurs droits.

ARTICLE XI

COPROME INFANTILE

Signalé avec de nouvelles observations dans ces derniers temps par le professeur Demons (de Bordeaux), le coprome ou tumeur stercorale est rare chez l'enfant, mais il revêt chez lui des caractères spéciaux qui rendent sa description utile. Reportons-nous à la thèse d'Ozier (*Coprome infantile*, Bordeaux, 1898), faite sous l'inspiration du professeur Demons et dans laquelle nous puiserons de nombreux renseignements.

1° Etiologie. — La tumeur stercorale a été observée à tous les âges, mais surtout entre sept et quinze ans et plus souvent chez les garçons. La constipation habituelle est sa cause la plus importante; avec elle nous retrouvons toutes les conditions qui l'amènent : l'entérite produite par l'alimentation défectueuse, le biberon, l'usage prématuré d'une alimentation solide, les féculents. Saint-Philippe (Bordeaux) a insisté sur les troubles digestifs amenés par l'usage des aliments solides,

laissant dans le tube digestif des masses indigérées qui peuvent servir de noyau à des accumulations fécales.

Les rétrécissements congénitaux du rectum, l'état flexueux habituel du gros intestin, de l'S iliaque chez les nouveau-nés, les polypes du rectum, les fissures anales, qui par obstacle mécanique ou action réflexe s'opposent à l'expulsion des matières intestinales peuvent prédisposer à la formation des copromes.

La dyspepsie chez l'enfant amène la dilatation du gros intestin, son allongement (Marfan) ; de là des inflexions analogues à celles qu'on retrouve presque toujours au début de la vie sur le côlon descendant, des coudures et des ampoules où les matières stercorales peuvent s'accumuler et se durcir.

2° Anatomie pathologique. — L'S iliaque est le siège habituel de ces obstacles à la circulation régulière de l'intestin. L'histoire de l'appendicite nous a fait dans ces derniers temps connaître la formation fréquente de tumeurs stercorales dans l'appendice, et Lucas-Championnière a justement insisté sur les obstructions qui se produisent du côté du cæcum chez les sujets très constipés. Nous avons nous-même observé un enfant de douze ans qui, après avoir coup sur coup présenté en six mois de graves accidents de constipation cæcale qui avaient fait croire à des attaques appendiculaires, guérit absolument par le régime régulier d'une bonne alimentation et de légers purgatifs.

L'ampoule rectale peut encore être le siège de ces productions chez l'enfant, mais plus rarement. En résumé, la concrétion fécale s'établit « dans les endroits déclives où la circulation stercorale se fait mal et où les corps étrangers peuvent séjourner » (Ozier).

L'obstacle est formé, comme les coprolithes appendiculaires, de matières fécales durcies, ayant quelquefois au centre des corps étrangers. Il est le plus souvent de consistance pâteuse, argileuse, mais peut acquérir une grande dureté par adjonction de sels calcaires, surtout dans les cas où une entérite chronique s'est développée autour de lui. Son volume est très variable.

L'intestin présente des altérations caractéristiques. Elles

peuvent être primitives, comme nous l'avons établi déjà, ou secondaires : celles-ci sont la dilatation au-dessus de l'obstacle, l'épaississement de la paroi à son niveau, une dilatation de toute la masse intestinale.

3° Symptômes. — Ils sont locaux et généraux.

a. *Symptômes généraux.* — La constipation est la règle, mais il peut exister de la diarrhée par irritation secondaire de l'intestin. Certains enfants supportent bien la lésion jusqu'au moment où l'entérite devient plus intense et la constipation plus grave ; il est rare que cet état d'obstruction relative n'amène pas des troubles généraux : amaigrissement, état de langueur et d'anémie, petits accès de fièvre souvent répétés surtout le soir, nuits agitées : expressions diverses de l'auto-intoxication. On a signalé les convulsions.

Ces signes généraux accompagnés d'un peu de diarrhée, de constipation, de dilatation de l'abdomen, appellent directement l'attention du côté du gros intestin et du rectum qu'il faut examiner avec soin.

b. *Symptômes locaux.* — L'examen local fait découvrir dans le rectum un des obstacles indiqués plus haut et avec lui ou sans lui l'accumulation stercorale. Le palper abdominal peut montrer de suite la présence d'une lésion cæcale ou bien une tumeur placée sur le trajet du côlon descendant (cas le plus fréquent). Cette tumeur est indolente, rarement un peu sensible, très douloureuse dans les cas compliqués de péritonisme ou d'obstruction grave avec péritonite menaçante. Elle est arrondie, ovale, quelquefois étalée, mais mobile et souvent malléable par la pression des doigts.

4° Diagnostic. — Il s'impose après la discussion qui s'établit vite dans l'esprit du chirurgien habitué à rencontrer chez l'enfant des tumeurs à évolution rapide, des abcès ossifluents, des tuberculomes péritonéaux. Il ne reste plus qu'à préciser la nature. C'est affaire d'un interrogatoire bien dirigé et d'une patiente observation.

5° Pronostic. — On ne peut dire qu'il est grave, mais le

coprome peut, dans quelques cas, amener la mort s'il s'agit de corps étrangers promptement accumulés ou de lésions intestinales antérieures où la stase est plus difficile à combattre : elle survient alors par obstruction intestinale.

6° Traitement. — Il faut distinguer entre les cas récents et les cas anciens. Les uns comme les autres sont susceptibles de guérir par un traitement médical et hygiénique. Un enfant de neuf ans atteint d'une accumulation considérable de matières dans le gros intestin à la suite de constipation très ancienne, que nous avons observé, guérit par des moyens simples. Alimentation mélangée de légumes verts, suppression des féculents et du lait en excès, massage intestinal, purgatifs doux très légers, lavements quotidiens. Le massage abdominal fait avec prudence rend de réels services, mais il faut s'attendre à de sérieuses difficultés dans quelques circonstances, si le succès est la règle.

La constipation invincible, l'obstruction avec toutes ses conséquences, sont justiciables des moyens ordinaires. Lavements forcés d'huile, auxquels Ozier donne une grande importance, lavements électriques, laparotomie suivie de la taille intestinale ou même de la résection d'un morceau d'intestin quand ses parois sont trop altérées pour qu'on puisse espérer appliquer sur elles une bonne suture. Enfin dans quelques circonstances, simple anus contre nature au niveau de la lésion après laparotomie ou au-dessus sans ouverture préalable du ventre : tels sont les moyens dont les indications sont facilement comprises et qu'il est inutile de discuter ici.

ARTICLE XII

VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS ET DU RECTUM

Les vices de conformation de l'anus et du rectum sont des malformations essentiellement liées à un développement irrégulier de l'intestin postérieur et du cloaque.

1° Pathogénie. — L'intestin postérieur se termine par un cul-de-sac. Sur l'ectoderme se forme une dépression qui marche à sa rencontre et bientôt communique avec lui par disparition de la cloison qui les sépare. La cavité ainsi établie constitue le cloaque.

Deux replis latéraux divisent le cloaque en deux parties, l'une postérieure : *rectale* ou *anale*, l'autre antérieure : *uro-génitale*, dans laquelle s'ouvre l'ouraque ou vessie future.

Sur l'extrémité antérieure du sinus uro-génital on voit apparaître le tubercule génital, vestige du clitoris chez la femme, du pénis et de l'urètre antérieur chez l'homme, et de chaque côté de ce tubercule se développent deux *replis génitaux*, qui seront plus tard parties constituantes du scrotum ou des grandes lèvres, tandis que les plis latéraux qui forment la cloison transversale du cloaque constitueront le périnée, et que la persistance du sinus uro-génital chez la femme formera le vagin.

On comprend dès lors qu'un arrêt dans l'évolution de l'intestin postérieur, de la dépression ectodermique, de la cloison de séparation du cloaque puisse amener des malformations dont les variétés se résument ainsi.

2° Division. — Les malformations du rectum et de l'anus peuvent être ramenées aux quatre types suivants :

1° Rétrécissement de l'anus et du rectum ; 2° imperforations de l'anus et du rectum ; 3° absence de l'anus et du rectum ; 4° abouchements anormaux de l'anus et du rectum.

3° Anatomie pathologique. — a. *Rétrécissements.* — Les rétrécissements sont le vestige d'une partie de la cloison qui, primitivement, séparait l'ampoule de l'intestin et le sillon ectodermique. Aussi sont-ils caractérisés par des atrésies, des cloisons situées près de l'anus ou plus haut, à plusieurs centimètres du côté du rectum et représentées quelquefois par des diaphragmes percés à leur centre d'un orifice plus ou moins large. Dans d'autres cas, le rétrécissement est beaucoup plus étroit, allongé, formé par un véritable cordon creux de

nature musculaire, rappelant un arrêt de développement profond dans les deux parties destinées à se rencontrer et à communiquer largement entre elles.

La variété des cas amène des complications différentes : un rétrécissement étroit peut être incompatible avec la vie ; un rétrécissement moyen ou peu accentué ne trouble qu'incomplètement la fonction, mais amène des dilatations intestinales au-dessus de l'obstacle ou des obstructions graves à un moment donné.

b. *Imperforations.* — Les *imperforations anales* simples sont représentées par un anus de forme normale entouré de sillons muqueux mais fermé par une membrane presque transparente, distendue par le méconium, ou bien étroit, resserré, inextensible dont le centre oppose une résistance dure au doigt qui l'explore. Il ne s'agit plus alors d'une membrane mince, mais d'une oblitération dont la hauteur peut dépasser plusieurs centimètres.

Dans l'*imperforation du rectum*, à un anus normal succède un infundibulum assez étendu qui conduit sur une simple membrane de séparation ou sur une épaisse cloison qui ne permet pas de retrouver l'ampoule rectale, dont il est alors difficile d'apprécier la situation et la forme.

c. *Absence de l'anus et du rectum.* — L'absence de l'anus et du rectum a des caractères extérieurs autrement graves. La dépression anale peut faire défaut d'une manière absolue ou n'être marquée que par un léger sillon, et la peau passe transversalement sur la région fessière : les ischions sont rapprochés.

L'absence de l'anus n'entraîne pas d'une manière absolue l'absence du rectum, mais elle lui est ordinairement associée. Dans ce dernier cas, l'intestin, terminé par un cul-de-sac distendu par le méconium, s'arrête au niveau de la vessie, de l'utérus, du vagin ; quelquefois de la symphyse sacro-iliaque gauche, ou bien une grande partie du gros intestin, presque sa totalité, se trouve absente : dans les cas plus favorables on la retrouve à quelques millimètres, à 1 ou 2 centimètres de la peau. Assez fréquemment encore le rectum absent est

remplacé par un cordon fibro-musculaire relié à la peau ou implanté sur les organes voisins et qui peut servir de guide dans les recherches opératoires.

d. *Abouchements anormaux.* — Il y a un *abouchement anormal de l'anus* toutes les fois que l'anus représenté ou non sur la peau par un sillon ou une dépression assez prononcés, il existe dans son voisinage sur le scrotum, sur la vulve ou la partie inférieure du vagin un orifice par lequel les matières peuvent s'écouler plus ou moins facilement au dehors.

L'*abouchement anormal du rectum* est celui qu'un examen rapide et superficiel ne peut atteindre. L'anus est absent ou oblitéré et le rectum dont une partie notable est absente s'ouvre dans l'urèthre, la vessie, la partie supérieure du vagin, c'est-à-dire dans les organes au niveau desquels son développement s'est arrêté.

Tous ces orifices anormaux de communication sont de dimensions très différentes et capables d'amener de graves complications qui varient avec ces dimensions elles-mêmes et les organes sur lesquels elles sont établies. L'abouchement anormal du rectum à la partie supérieure du vagin, rarement observé, ne saurait être comparé à l'abouchement dans l'urètre profond ou la vessie toujours incompatible avec une existence prolongée.

4° Symptômes. — Les rétrécissements congénitaux de l'anus et du rectum, les abouchements anormaux de l'anus passent quelquefois inaperçus après la naissance et ne sont reconnus que plus tard, quand ils déterminent une complication.

L'absence de ces organes, leur imperforation, à cause des troubles graves de la fonction ne peuvent être longtemps ignorés.

La rareté de ces malformations (un cas sur 10 000 ou 11 000 enfants) ne saurait nous engager à ne pas examiner attentivement les nouveau-nés, surtout quand ils ne rendent pas de méconium de suite après la naissance, à plus forte raison

quand ils offrent tous les signes de l'obstruction intestinale : développement du ventre, vomissements ou rejet presque immédiat des liquides, du lait qu'ils ont ingéré, faciès tiré, cris et agitation alternant avec des moments de dépression, de respiration lente, abaissement de la température, urines rares, coloration jaune de la peau.

Ces signes généraux joints à la constipation immédiate, avec urines suspectes, fortement teintées, appellent un examen local qui, fait avec méthode, conduira vite à un diagnostic anatomique exact.

Le petit sujet étant couché sur le dos, les cuisses bien relevées, l'examen de l'anus sera toujours fait avec la plus grande attention, car les graves arrêts de développement dont il est frappé sont les témoins habituels de lésions sérieuses du côté du rectum.

Autant il est facile de connaître une imperforation simple de l'anus et de prévoir que derrière la membrane mince qui l'oblitère se cache le rectum qu'on voit à chaque effort, à chaque cri soulever le petit diaphragme, autant il est difficile de porter un jugement définitif sur l'état des parties profondes quand l'anus est petit, atrophié, immobile. L'erreur serait grande de s'en rapporter à la simple inspection de la région, qui dans le cas d'imperforation du rectum est pourvue d'un anus bien développé, profond, entouré de plis radiés dont les sillons s'accentuent par la contraction du sphincter.

L'exploration avec le doigt et un instrument mousse, sonde de femme ou sonde cannelée, est indispensable.

L'absence et l'imperforation de l'anus sont vite reconnues aux caractères indiqués déjà.

Par un examen plus complet des parties voisines on découvre vite s'il est en *ectopie*, s'il existe un *abouchement anormal*. Son absence ou sa forme irrégulière attirera l'attention du côté de la vulve ou de la partie inférieure du vagin, du scrotum et de la verge. Chez la petite fille il suffit d'écarter les grandes lèvres pour voir ou retrouver avec l'extrémité du doigt ou un instrument mousse un orifice qui donne accès dans l'ampoule rectale et par lequel s'écoulent les matières intestinales, et de

suite on appréciera les dimensions de cet orifice. Chez le garçon la vue seule suffit puisqu'il existe à la racine du scrotum ou sur la partie inférieure de la verge un anus anormal, mais l'exploration sera toujours utile pour reconnaître l'étendue, la largeur du trajet qui lui fait suite et conduit du côté du rectum.

S'il n'existe ni abouchement anormal ni imperforation de l'anus, la question de son rétrécissement peut être facilement jugée. Par l'exploration digitale on pénètre dans un orifice normal ou à peu près normal comme forme et comme siège, mais on est arrêté, à peu de distance, par un diaphragme ou par une filière étroite.

Le doigt ou la sonde introduite ramènent des matières après avoir franchi le rétrécissement. D'emblée le diagnostic du rétrécissement et de sa forme, de son calibre est fait. Dans le cas où l'agent explorateur donne la sensation d'un trajet profond, élevé, très étroit, ce n'est plus à un rétrécissement anal, mais à un rétrécissement rectal qu'on aurait affaire.

Ces premières constatations faites, le diagnostic des anomalies du rectum devient facile.

L'absence de l'anus rend probable l'imperforation, l'absence ou la situation très élevée du rectum ; et l'examen de la fosse iliaque, de l'abdomen distendu par le gros intestin dilaté ne peut rien ajouter aux symptômes généraux de rétention intestinale qu'on a déjà constatés ou qui ne tarderont pas à se montrer. — Il en est de même du rétrécissement qui, dans la plupart des cas, sera reconnu par l'exploration de l'anus, avec cette réserve que, s'il y a un trajet très long, très étroit, l'arrêt de développement ressemble plutôt à une absence du rectum qu'à un rétrécissement véritable.

La reconnaissance exacte d'un abouchement anormal de l'anus ne peut laisser aucun doute sur l'état du rectum puisque l'orifice ectopié conduit, à l'aide d'un instrument explorateur, du côté de l'ampoule rectale et qu'il est facile de sentir en arrière de l'anus, à travers la peau, l'extrémité de cet instrument.

Plus difficile sera le diagnostic de l'abouchement anormal du rectum quand il vient s'ouvrir dans la partie profonde du

vagin, dans l'urètre profond ou la vessie et l'hésitation peut exister entre ces deux lésions opposées : absence ou imperforation, abouchement anormal. L'examen attentif et prolongé des urines, des liquides qui s'écoulent par le vagin et la vulve peut seul nous renseigner à cet égard.

Le chirurgien, dans un jugement qui entraîne presque toujours une conclusion opératoire immédiate, n'oubliera pas l'examen général d'un sujet chez qui d'autres malformations peuvent encore exister.

5° Pronostic. — Toujours grave quand il s'agit d'une absence d'organe, d'une imperforation, d'un rétrécissement serré, d'un abouchement anormal du rectum, le pronostic peut dans quelques cas être moins sévère. Il s'agit alors d'un rétrécissement dilatable, d'une imperforation simple de l'anus, d'un abouchement anormal de l'anus à orifice large; mais si le danger n'est pas immédiat, il faut toujours penser aux complications futures, qui se résument toutes dans l'obstruction intestinale.

6° Traitement. — La conduite du chirurgien est toute tracée. S'agit-il d'un rétrécissement léger, d'une imperforation simple de l'anus? La dilatation et la surveillance dans le premier cas, l'incision cruciale de la membrane dans le second ont des indications nettes.

S'agit-il d'un abouchement anormal de l'anus? Si l'orifice est suffisant, fonctionne bien, il ne saurait être question d'une intervention immédiate chez un nouveau-né. S'il est au contraire petit, étroit, ou bien il faut l'agrandir, le dilater, ou bien passer outre et opérer rapidement quand ces expédients utiles ne peuvent amener le résultat nécessaire. Dans ce dernier cas, qu'on opère de suite ou plus tard, nous donnerions, à l'exemple de Kirmisson, toutes nos préférences à la *transplantation* de l'anus. On incise les téguments de la vulve ou du scrotum jusqu'à la pointe du coccyx, et guidé par un instrument mousse qui de l'anus anormal a pénétré jusque dans l'ampoule rectale, on dissèque cette dernière; on la sépare

avec soin des parties voisines et dans un dernier temps on sectionne son point de contact avec l'anus anormal pour la ramener dans la plaie et la fixer à la peau. L'orifice scrotal, pénien, vulvaire ou vaginal, ne livrant plus passage aux matières, disparaîtra facilement par la suite.

Beaucoup plus difficile est la situation quand il s'agit d'imperforation rectale ou d'absence d'anus avec arrêt de développement probable du côté du rectum. Cependant la conduite à tenir est encore bien tracée. La chirurgien doit d'abord par l'incision du périnée, lente, couche par couche, aller à la recherche du rectum, dût-il, à la rigueur, armé par l'asepsie, ouvrir le péritoine (Frœlich). La dissection, quand elle pénètre ainsi dans l'excavation, doit être prudente parce que la vessie, à la rigueur le vagin et l'utérus, font souvent saillie en arrière du côté de la concavité du sacrum abandonné par le rectum. Une sonde placée dans ces organes lui servira de guide.

Après avoir traversé une couche épaisse de parties molles, il faut s'arrêter : à l'opérateur d'apprécier les limites.

Au cours de la dissection il est toujours facile de reconnaître le rectum à son aspect lisse, à sa coloration foncée bleuâtre. On l'abaisse, on le fixe à la peau et on l'ouvre.

Cette conduite est encore celle qu'il faut suivre dans les abouchements anormaux du rectum rapidement incompatibles avec la vie, l'urètre profond et la vessie ne pouvant se prêter sans danger prochain à l'excrétion des matières intestinales.

Mais les recherches par le périnée et par l'excavation peuvent être vaines. Dans ce cas extrême il ne reste plus que l'anus iliaque ou la laparotomie comme dernières ressources.

L'anus iliaque gauche va par l'incision classique à la recherche du gros intestin pour le suturer à la peau. La vie est sauve, les complications étant rares, mais la survie n'est pas le plus souvent bien considérable et dans certains cas il peut être impossible de retrouver l'intestin frappé de grands arrêts de développement.

Aussi a-t-on pensé aller, par la laparotomie, à la recherche du rectum qu'on trouve fixé sur le vagin, la vessie, la symphyse sacro-iliaque, en un point quelconque de la cavité

abdominale, pour l'abaisser dans l'excavation en le séparant, s'il est nécessaire, des replis péritonéaux qui le fixent, et à travers la boutonnière péritonéale déjà pratiquée, le suturer à la peau. CHALOT (de Toulouse) a obtenu ainsi un beau succès chez un nouveau-né.

Avec l'assentiment formel des parents, on est autorisé à pratiquer les plus graves interventions dans des cas où la mort est certaine.

ARTICLE XIII

VICES DE CONFORMATION DE L'INTESTIN

Nous avons dans le précédent chapitre indiqué l'utilité d'un examen général chez les enfants atteints d'arrêts de développement de l'anus et du rectum et justiciables d'une intervention chirurgicale. Ils peuvent en effet présenter d'autres altérations congénitales.

Les plus graves de toutes et les plus difficiles à reconnaître sont les oblitérations et les rétrécissements de l'estomac (pylore), du duodénum, de l'iléon, du gros intestin. Leurs signes se confondent avec ceux des vices de conformation du rectum et de l'anus : à elles peuvent appartenir l'insuccès d'une opération bien faite.

Ces troubles du développement sont rapidement incompatibles avec la vie et il est à prévoir qu'une intervention rapide (indiquée par un diagnostic des plus difficiles toujours) aurait peu de succès.

ARTICLE XIV

POLYPES DU RECTUM

Les polypes du rectum sont des tumeurs ordinairement d'un petit volume, pourvues d'un pédicule long, grêle et friable, implantées sur la partie postérieure de l'organe.

1° Division. — Chez l'enfant, deux variétés sont signalées par les auteurs : 1° les polypes muqueux ou adénomes ; 2° les fibromes ou fibromyomes ; 3° FELIZET et BRANCA ont signalé le lymphadénome.

2° Anatomie pathologique. — Toutes ces tumeurs ont des caractères macroscopiques généraux communs. Ce sont des néoplasmes de petit volume dont les plus développés ne dépassent pas les dimensions d'une cerise. Très rares sont les tumeurs plus grosses, mais des exemples ont été signalés où elles pouvaient être comparées à un œuf de pigeon, à un œuf de poule. Chez un enfant de sept ans, nous avons observé un polype du rectum ovoïde qui, dans son grand diamètre, mesurait 6 centimètres.

Leur aspect est rouge vif ou rosé, suivant le développement de leurs vaisseaux et leur structure intime. Lisses et comme sclérosées par places, elles ont plutôt l'apparence d'un tissu villeux, friable, couvert de petites dépressions et d'aspérités ; mais leur forme légèrement mamelonnée est, dans son ensemble, ronde ou ovoïde. Leur consistance est le plus souvent molle et elles saignent au moindre contact. Quelques-unes, les plus anciennes ou les plus pourvues de tissu fibreux, sont dures.

Reliés à la paroi rectale postérieure, les polypes du rectum ont un pédicule long et grêle, de même aspect que la masse du néoplasme formée par les éléments de la muqueuse, contenant souvent des vaisseaux assez importants qui, dans les tumeurs d'un certain volume, peuvent communiquer des battements au tissu muqueux qui les engaine. Ce pédicule se laisse déchirer facilement ; ce qui explique l'expulsion spontanée fréquente de la tumeur et la rareté relative du polype du rectum chez l'adulte et le vieillard. L'implantation du pédicule se fait rarement très haut : 2, 3 centimètres au-dessus de l'anus sont les dimensions ordinairement indiquées.

La structure intime varie, selon qu'il s'agit des polypes muqueux tels qu'on les voit chez l'enfant et des polypes fibreux ou des fibro-myomes qu'on rencontre de préférence à un âge plus avancé.

Coyne a bien montré ces différences. « Les *polypes muqueux* ou *adénomes* sont formés par des tubes glandulaires à cellules cylindriques muqueuses : ces tubes sont transformés en glandes composées qui peuvent donner naissance à de petits kystes. Le stroma, interposé entre les tubes glandulaires, est fibreux dans les parties anciennes, embryonnaire au niveau des points où la tumeur bourgeonne. Lorsque ces polypes par élongation de leur pédicule, viennent faire saillie à l'extérieur, leur surface libre se modifie ; l'épithélium de revêtement change de nature devient pavimenteux stratifié et les espaces interglandulaires représentent de fausses formations papillaires. »

Dans les *polypes fibreux*, le stroma est au contraire formé par du tissu conjonctif plus ou moins épaissi, adulte ou embryonnaire, revêtu par les éléments de la muqueuse hypertrophiée, libre à la surface ou adhérente. L'adjonction de fibres musculaires lisses dont les éléments sont épars et ne se présentent pas sous la forme de faisceaux juxtaposés, représente le fibro-myome.

Les polypes muqueux qu'on voit surtout chez l'enfant peuvent être uniques, mais ils sont aussi multiples.

D'autres faits sont à signaler dans l'anatomie pathologique des polypes du rectum, qui soulignent nettement leurs complications. Du côté de la tumeur une vascularité exagérée qui produit des hémorragies quelquefois assez graves, dont on peut retrouver l'origine sur des ulcérations vasculaires et des cavités remplies de sang extravasé. Autour de la tumeur ce sont des altérations de rectite, des fissures anales consécutives à l'issue fréquente du polype et à la rectite qu'elle entraîne, le prolapsus du rectum provoqué par les efforts incessants que fait le malade, surtout si les polypes sont multiples, la présence dans le pédicule, s'il est volumineux, d'un prolongement péritonéal entraîné comme toute la paroi rectale par le poids de la tumeur et les efforts d'expulsion.

3° Etiologie. — On ne sait rien de précis sur les causes de cette affection : hérédité, maladies prédisposantes, infections bacillaires, entozoaires, sexe : tout a été dit sans preuves certaines et il est probable que le prolapsus autrefois invoqué par Stolz n'est jamais que la conséquence du polype. Les tout jeunes enfants peuvent être atteints, mais c'est entre deux et quatre ans qu'on rencontre surtout les polypes du rectum.

4° Marche. — L'anatomie pathologique du pédicule de la tumeur et la rareté des tumeurs polypeuses du rectum dans l'âge adulte indiquent que la guérison spontanée, c'est-à-dire l'expulsion, n'est pas un fait rare.

5° Symptômes et diagnostic. — Les troubles fonctionnels sont importants, mais ils ne suffisent pas et les signes physiques ont une grande valeur pour le diagnostic.

a. *Troubles fonctionnels.* — Les troubles fonctionnels sont la douleur, la fréquence des selles ou leur rareté, les pertes de sang et de mucus glaireux, sanguinolent, le ténesme vésical, l'altération de l'état général.

En effet, rarement un enfant atteint de polype reste longtemps sans souffrir ou sans se plaindre. La plupart d'entre eux sont présentés au chirurgien parce qu'ils éprouvent de la douleur en allant à la selle, parce qu'ils ont *des hémorroïdes qui donnent du sang*, parce qu'ils ont une constipation opiniâtre qui n'est que volontaire, le petit malade redoutant de faire ses besoins tant il souffre. Chez les petites filles de six ou sept ans les parents s'inquiètent aussi de voir leur enfant présenter des pertes qui cependant ne viennent ni de la vulve ni du vagin. Le ténesme vésical et la rétention momentanée des urines, l'amaigrissement ne sont que la conséquence de l'état de souffrance locale entraîné par la présence du polype.

Pour dissiper les doutes que font surgir ces différents accidents, l'examen local est indispensable : il faut explorer le rectum, recourir en un mot aux signes physiques.

b. *Signes physiques.* — Quelquefois les parents signalent la présence d'une petite tumeur rouge à l'anus après la défécation ; mais l'exploration est toujours nécessaire, ne fût-ce que pour se rendre compte du mode d'implantation et du nombre des olypes. Cette exploration peut être faite avec le doigt et le spéculum ani.

Avec le doigt on arrive de suite sur la paroi antérieure du rectum et de là où rien n'est constaté on revient sur les côtés et en arrière pour trouver assez facilement la petite tumeur qui fuit devant la moindre pression. On peut l'attirer dehors pour mieux l'apprécier; mais il faut avoir soin de ne pas rompre le pédicule, car il pourrait se produire un écoulement de sang persistant et quelquefois un peu inquiétant. Quand le polype ne peut être attiré au dehors, le spéculum ani rend alors service. Les deux valves écartées sur la paroi postérieure font presque toujours découvrir le polype, et l'on peut du même coup examiner les complications telles que fissures, rectite.

A défaut de spéculum, il arrive qu'en provoquant un effort on fait sortir le polype qui se fixe sur l'orifice anal.

6° **Traitement**. — L'ablation de la tumeur s'impose absolument; mais elle est difficile pour les polypes implantés très haut : ils sont heureusement rares.

Le polype ramené en dehors de l'anus est fixé et l'on applique au-dessus de lui une ligature à la soie avant de l'enlever d'un coup de ciseaux. Bien souvent, au cours de la petite opération, le pédicule se rompt ou est coupé par la pression du fil. Peu importe s'il ne s'écoule pas de sang; mais si une petite hémorragie se produit, il faut aller à la recherche du pédicule avec le spéculum ani, pour le lier de nouveau si c'est possible ou le cautériser avec la pointe du thermocautère.

Quand on a affaire à un polype volumineux pourvu d'un pédicule épais et implanté très haut, susceptible à la rigueur de contenir un petit prolongement péritonéal; il faut redoubler d'attention et se mettre dans les conditions voulues pour couper ce pédicule au-dessous d'une ligature assez solide de façon à ne pas ouvrir la cavité péritonéale qui serait vite infectée.

Si incomplète que puisse être l'asepsie du rectum, il est utile avant l'intervention de le débarrasser des matières qu'il contient et de le laver avec de l'eau bouillie. Après l'intervention le sujet doit être soumis au repos absolu pendant deux ou trois jours, nourri avec modération et l'on doit obtenir de lui

qu'il se soumette à une constipation volontaire, rendue plus facile par un léger purgatif donné avant l'extraction du polype.

ARTICLE XV

PROLAPSUS DU RECTUM

Le prolapsus est l'issue par l'anus d'une partie plus ou moins grande du rectum.

1° **Division**. — On distingue le *prolapsus partiel* quand la muqueuse seule doublée de tissu cellulaire est procidente, et le *prolapsus total* quand toutes les tuniques de l'intestin sont entraînées au dehors (A. Broca).

2° **Anatomie pathologique**. — La définition et la division ne tiennent aucun compte du prolapsus d'une portion quelconque de l'intestin grêle ou du gros intestin, qui très rarement peuvent faire issue par l'anus. Le prolapsus rectal n'est pas en effet l'invagination rectale de l'intestin grêle ou du gros intestin dans le rectum, qui par ses caractères anatomo-pathologiques et cliniques est une affection d'une haute gravité et ne saurait en aucune manière être confondue avec le prolapsus du rectum, dont l'aspect et le pronostic constituent surtout chez l'enfant une lésion commune le plus souvent bénigne et d'un diagnostic simple.

Le prolapsus du rectum se présente chez l'enfant sous différents aspects.

a. C'est d'abord un bourrelet muqueux faisant saillie à travers l'anus, le plus souvent circulaire et représentant bien la doublure fatiguée d'un habit. Un degré de plus et nous avons une tumeur rouge, volumineuse, saignante, molle, percée à son centre d'un orifice dirigé vers la partie postérieure. Autour de ce volumineux bourrelet il n'existe pas de sillon de séparation entre la muqueuse et la peau, ou bien ce sillon est peu profond. Dans ce premier cas, il s'agit simplement d'un dépla-