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 pestérieure 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'en-lever 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.

1º 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).

2º 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-

cement de la muqueuse rectale doublée du tissu cellulaire sous-

b. A mesure que les causes qui ont préparé et déterminé le déplacement de la muqueuse perpétuent leur action, le prolapsus s'accentue et la tunique musculeuse du rectum suit le tissu cellulaire et la muqueuse, et ainsi le prolapsus partiel devient total : il s'agit dès lors d'un véritable renversement de toute l'épaisseur du rectum de telle sorte que sur une coupe idéale de la tumeur saillante à travers l'anus, on trouve de dehors en dedans les parois rectales adossées à elles-mêmes, formant deux cylindres concentriques.

Ce prolapsus total ne se produit pas très prononcé sans que le péritoine recto-vésical ou recto-vaginal ne se trouve entraîné formant en avant, dans l'épaisseur de la tumeur, une poche où l'intestin grêle pourra prendre domicile (hédrocèle).

c. Le processus peut être différent et la paroi rectale peut au-dessous des sphincters être en quelque sorte invaginée dans l'extrémité inférieure du rectum maintenue en place. On a alors affaire à une invagination à trois cylindres concentriques dans chacun desquels se trouvent les tuniques du rectum, et quand la tumeur apparaît à l'anus et le dépasse, elle se trouve pourvue à sa périphérie d'un sillon circulaire de séparation, plus ou moins profond, qui l'isole de l'anus. Mais le prolapsus s'accentuant pendant que la résistance du périnée diminue et que la force propulsive s'accroît ou se maintient, il peut arriver que par une sorte de déplissement progressif de l'extrémité du rectum, le sillon de séparation disparaisse et qu'à l'invagination à trois cylindres succède le prolapsus à deux cylindres analogue au degré le plus accentué de la forme la plus commune tout d'abord décrite.

Une tumeur saillante à l'anus, soumise au contact des vêtements, aux pressions diverses, n'est pas sans subir des modifications importantes : elle s'épaissit, devient saillante, s'ulcère. Elle porte aussi dans certains cas à sa surface l'indication exacte de la cause qui a déterminé sa chute : rétrécissement, masses polypeuses peuvent aussi être constatés. 3º Causes, pathogénie. — Garçons et filles sont indistinctement atteints de prolapsus rectal. Les plus délicats, les plus faibles d'entre eux, sont réellement prédisposés, mais ce serait une erreur de croire que les enfants sains et vigoureux en sont exempts. L'absence de courbure du sacrum dans le jeune âge est à juste titre signalée parmi les causes prédisposantes.

Les maladies intestinales et en particulier celles du gros intestin ont une réelle influence : la diarrhée ou la constipation chronique jouent dans cette affection un rôle des plus importants; il en serait de même, dans une proportion bien moindre, des polypes du rectum et des vers intestinaux, voire même des corps étrangers et de la dysurie qui se produit avec les maladies vésicales ou urétrales. L'habitude qu'ont les mères et les nourrices de laisser longtemps sur le vase les enfants, mérite encore d'être signalée. Toutes ces causes ont une influence d'autant plus grande qu'il s'agit d'un enfant débile, mal nourri, faible, devenu déjà la proie de l'athrepsie, ou épuisé par une maladie antérieure.

En effet, le prolapsus du rectum est la résultante d'une lutte inégale entre le résistance des tissus qui composent le rectum et ses moyens de fixité et la force propulsive qui agit sur lui pour déterminer l'expulsion des matières. Cette dernière peut être singulièrement accrue par la résistance d'un bol fécal trop volumineux et dur, par un rétrécissement qui fait obstacle ou par une irritation consécutive à de l'entérite, à de la rectite qui sollicite incessamment des contractions intestinales; et c'est la muqueuse qui glisse le plus souvent sur les couches sous-jacentes ou c'est d'emblée toute la paroi rectale qui cède pour passer au travers de l'anus.

A. Broca examinant si le peu de résistance de l'anus et du périnée signalé chez l'enfant a une réelle influence sur la production du prolapsus rectal, le met en doute comme cause prédisposante primitive et attribue au contraire une valeur bien plus grande à l'affaiblissement général du sujet qu'il résume en un mot : le rachitisme, soit qu'il s'agisse de cette maladie générale confirmée, soit qu'il s'agisse seulement des altérations qui la préparent.

4° Symptômes. — Le prolapsus de la muqueuse rectale (prolapsus pariétal) est certainement la forme la plus fréquente chez l'enfant, mais il est difficile de savoir exactement quand la tumeur constituée devient volumineuse, si toutes les tuniques du rectum ne sont pas inversées, si même l'intestin grêle n'a



Fig. 412.

Prolapsus du rectum; prolapsus de la muqueuse.

pas suivi une poche péritonéale, devenue également procidente.

On voit en effet tout d'abord le simple bourrelet muqueux faire saillie autour de l'anus et se réduire facilement après l'effort de défécation. Il s'accentue bientôt et constitue la tumeur précédemment décrite, rouge rosé ou violacé suivant son volume et la résistance qu'exerce autour d'elle le sphincter encore assez résistant. Globuleuse, percée à son centre d'un orifice qui représente la lumière du rectum, cette tumeur est dépressible, mollasse, recouverte de mucosités glaireuses, saigne facilement au contact des doigts. Quand elle devient très volumineuse, elle s'allonge en forme de boudin formant une courbe à concavité postérieure et son orifice central se déplace en arrière : dispositions nouvelles qu'il faut attribuer à la résistance du méso-rectum.

La réduction de la masse procidente s'opère souvent d'ellemême quand l'expulsion des matières est terminée; elle est rapide avec un prolapsus léger de la muqueuse, elle peut être lente et seulement progressive avec une tumeur déjà grosse, avec le prolapsus total; mais dans ce dernier cas il suffit d'une légère pression, d'un taxis peu important pour opérer le refoulement.

Par une observation d'ensemble, sans chercher à préciser la part qui doit être faite aux maladies causales, ou à la chute du rectum elle-même, on remarque bientôt que les petits sujets atteints de prolapsus maigrissent vite, deviennent faibles, débiles. La douleur qu'ils éprouvent et qui provoque incessamment leurs cris, amène chez eux une constipation volontaire de plus en plus opiniâtre quand déjà elle est la cause du prolapsus et peut avoir pour conséquence des phénomènes d'auto-intoxication. L'irritation développée sur la muqueuse rectale amène quelquefeis du ténesme, de la pollakiurie et de la dvsurie.

5º Diagnostic. — « Ne vous prononcez jamais avant d'avoir vu. » (A. Broca.) S'il est en effet facile de reconnaître le prolapsus rectal quand il apparaît au dehors, il est très facile, d'après les renseignements qui sont donnés par l'entourage du petit malade, de confondre cette affection avec des hémorrhoïdes (rares), quelquefois avec des fissures anales et davantage avec un polype, surtout quand il est volumineux.

Il faut avoir vu pour savoir quelle est la forme du prolapsus, quelles sont ses complications.

L'examen du sujet est donc nécessaire avant même que le prolapsus se produise et le toucher rectal est alors utile pour vérifier l'intégrité des parois rectales, la présence d'un polype; peut-être provoquera-t-il un effort d'expulsion et l'issue des parois rectales.

L'exploration directe de la tumeur ne présente aucune difficulté si l'on a soin de placer le sujet les membres inférieurs écartés dans la position de la taille. Les cris qu'il pousse ou l'effort qu'il fait, volontaire s'il est plus âgé et plus raisonnable, vous montrent alors l'aspect, la forme, le volume de la tumeur, l'existence ou non du sillon de séparation. Le polype rectal se montre comme une tumeur indépendante, plus ou moins fixée au centre, à moins qu'il s'agisse de végétations polypiformes multiples hérissant de toute part la surface du prolapsus. Chez une fillette de cinq ans nous avons vu toute la surface du rectum procident recouverte de centaines de polypes dont les plus volumineux pouvaient être comparés à de grosses cerises.

L'augmentation subite de la tumeur qui prend un aspect inéégal, globuleux pendant les cris ou l'effort soutenu, jointe au son clair que donne la percussion en avant, indique la présence d'anses intestinales dans un cul-de-sac péritonéal.

Le sillon circulaire profond, dans lequel pénètre l'extrémité du doigt pour remonter assez haut, accuse l'invagination de toutes les parois du rectum, la forme complète primitive du prolapsus, mais nous savons aussi que l'absence de ce sillon n'exclut pas le prolapsus complet, de telle sorte qu'il est bien des cas douteux où le chirurgien ne peut se prononcer de suite sur le degré vrai de l'affection.

6° Complications et pronostic. — A part les hémorragies peu graves, les ulcérations douloureuses, des troubles vésicaux légers, l'hédrocèle qu'on n'a vu que très rarement se compliquer, l'irréductibilité et la gangrène de la masse prolabée encore très rare, les accidents sont exceptionnels dans le prolapsus du rectum chez l'enfant. Il guérit spontanément après un certain temps, mais les rétrécissements dont il peut être la cause éloignée, quand la muqueuse s'est ulcérée et indurée (Trélat), les complications à la rigueur possibles que nous venons de signaler, la chronicité qui malgré sa rareté est encore à craindre, font du prolapsus une altération assez grave qu'il est nécessaire de soumettre rapidement à un traitement sérieux.

7º Traitement. — Réduit à ce qu'il y a de spécial au jeune âge, le traitement du prolapsus rectal est simple; il ne saurait

en effet être question, à cette époque de la vie, des opérations complexes de périnéorraphie, de rectopexie, de cautérisations ignées ou chimiques, et les soins utiles se réduisent à un traitement général et à un traitement local exempt de complications opératoires.

a. Traitement général. — Il comprend le traitement de la cause, de la diarrhée et de la constipation; les toniques et le régime alimentaire. La surveillance du petit malade au moment où il doit aller à la selle est également fort importante. En supprimant le difficultés de la défécation il devient fort utile de donner à l'enfant pendant qu'elle s'accomplit une position qui atténue autant que possible la concentration de l'effort sur la région rectale. L'enfant doit être couché de côté ou en décubitus dorsal et, si l'on évite ainsi l'issue des parois rectales on peut être assuré que le prolapsus se produira de moins en moins jusqu'à guérison complète.

b. Traitement local. — DE SAINT-GERMAIN conseillait les injections d'ergotine autour de l'anus, l'électricité. Ces moyens nous semblent inutiles ou d'une application pénible chez l'enfant. Nous avons vu l'ergotine déterminer chez un adulte de gros abcès de la marge de l'anus.

En définitive, si le prolapsus atteint des proportions énormes et qu'il soit nécessaire d'intervenir, ou bien il faudra recourir aux opérations graves que nous ne pouvons décrire dans cet ouvrage ou bien les enfants seront tellement affaiblis que l'intervention ne sera plus acceptable.

La réduction, avons-nous dit, n'offre pas de difficulté. L'enfant est couché de côté et une main appliquée sur la tumeur exerce sur elle des pressions méthodiques qui peu à peu l'affaissent. On peut encore introduire dans l'orifice central un doigt garni de linge enduit de vaseline ou d'huile et le mouvement de bas en haut joint à une pression sur la périphérie du prolapsus le réduit ordinairement au plus vite. Cependant l'irréductibilité momentanée peut réclamer d'autres moyens. Les affusions froides, l'œuf de glace, les bains sont alors indiqués. Nous ne parlerons que pour mémoire des débridements qui sont au moins inutiles s'ils ne sont pas très dangereux.

Enfin les polypes réclament une intervention spéciale, et s'ils sont multiples au point de constituer une affection étendue de la muqueuse, il peut devenir indispensable de pratiquer l'excision du bourrelet muqueux. Plus que jamais dans ce cas le diagnostic doit être exact et l'opération prudente à cause de la présence probable du péritoine, et dans tous les cas, des délabrements qui mettent à nu le tissu cellulaire pelvien. La résection devrait être suivie de l'affrontement très exact de la paroi rectale avec la plaie extérieure.

ARTICLE XVI

FISSURES A L'ANUS

Les fissures anales chez l'enfant appartiennent au type des fissures tolérantes.

- 1º Causes. Symptomatiques de la constipation si fréquente chez les jeunes enfants même dès les premiers mois de la vie, des corps étrangers, des polypes du rectum, d'ascarides ou d'oxyures, elles offrent en effet les caractères d'une bénignité relative. Les cas analogues à ceux qu'a signalés Quénu, où les douleurs, après l'expulsion des matières, peuvent persister au delà de quelques instants sont fort rares. Aussi la fissure anale est-elle souvent ignorée dans le jeune âge.
- 2º Anatomie pathologique. Ce sont des érosions intrasphinctériennes, cachées dans les plis radiés de l'anus, situées le plus souvent en arrière, ovalaires et peu profondes, granuleuses à la surface et saignant facilement au contact. Elles sont le résultat d'écoulements ichoreux par l'anus ou proviennent de déchirures superficielles produites par le passage d'un bol fécal volumineux ou par le contact d'un corps étranger tel que le polype rectal qui, à chaque défécation, vient se fixer sur l'orifice anal. Une fois produites, ces déchirures sont naturellement entretenues à l'état d'ulcérations par infection de la plaie.

3° Symptômes. — Ils se résument ainsi : légères pertes de sang, écoulement glaireux, douleur, contracture, état général souvent mauvais à cause de la constipation initiale et plus tard volontaire.

Tout enfant constipé, dont les matières sont accompagnées de quelques gouttes de sang, est peut être atteint de fissure anale. Il suffit, en effet, de pratiquer l'examen méthodique de l'anus pour constater la présence entre les plis muqueux de l'érosion que nous avons signalée. La raison d'une indolence absolue, ou de douleurs assez vives mais ordinairement de courte durée, nous échappe.

Le cas de la fissure douloureuse est le plus fréquent et le seul qui puisse se compliquer de quelques phénomènes généraux. En effet, les petits sujets appréhendent le moment où ils doivent se débarrasser des matières fécales; ils pleurent quand on les met sur le vase, ils y restent de longs moments poussant avec peine, et trop souvent prennent tous les prétextes possibles pour éloigner l'épreuve pénible de la défécation. Dès que celle-ci est accomplie, ils reviennent à la gaieté. Mais si la constipation déjà habituelle s'accentue, l'état général deviendra mauvais; l'enfant maigrit, est triste et quelquefois a de la fièvre par auto-intoxication.

Chez le tout jeune enfant, la fissure est soupçonnée dès qu'il crie et se débat au moment de la défécation, quand les selles sont dures et peu fréquentes.

4º Diagnostic. — Dans de telles conditions, l'examen local est indispensable et si la fissure est constatée, il faudra non seulement reconnaître son existence, son siège, son caractère simple ou sa multiplicité plus rare, mais encore et surtout sa cause, la petite plaie devant facilement disparaître dès que la lésion qui l'a produite aura disparu. Il faudra encore établir un diagnostic différentiel précis si d'autres ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques le plus ordinairement moins profondes se présentaient. Il faut enfin tenir compte des cas où une fissure peut accompagner ces dernières ulcérations (Felizet et Branca).

5º Traitement. — Tout le traitement des fissures anales chez les jeunes enfants réside en général dans celui de la constipation et dans des soins locaux de propreté. La surveillance de l'alimentation, une alimentation végétale chez les plus âgés, des lavements fréquents chez tous et surtout chez les plus petits, l'obligation pour les mères et les nourrices de faire aller régulièrement les petits sujets à la selle, constituent des soins indispensables.

L'intervention chirurgicale est rarement indiquée; mais sans parler de l'incision, de l'excision qui ne méritent guère de faveur, il convient, ce nous semble, de signaler, après les soins spéciaux que réclameraient un corps étranger, une infection locale du rectum ou de l'anus, la dilatation sous le chloroforme dont l'exécution est facile, sans danger et toujours efficace.

ARTICLE XVII

ABCÈS DE LA RÉGION PÉRIANALE

Les abcès de la région périanale sont rares dans l'enfance, la plupart des causes qui leur donnent naissance ne se présentant pas à cette époque de la vie.

1º Division. — Tuberculeux (ou glandulaires), margellaires (ou sous-muqueux), intrarectaux (ou profonds), ces abcès ont, en somme, les mêmes caractères que chez l'adulte.

2º Causes. — Les mauvaises conditions hygiéniques, la débilité produite par les maladies longues et l'alimentation incomplète ou défectueuse, l'usage du thermomètre rectal et surtout des thermomètres infectés par le contact d'autres malades, la tuberculose inoculée localement ou en puissance déjà chez le sujet. Telles sont les causes signalées par Forgue, Comby. Dans quelques circonstances l'étiologie nous échappe.

3º Anatomie pathologique, symptômes et marche. — Les

caractères connus des inflammations périanales se retrouvent ici analogues à ceux qu'on rencontre à un âge plus avancé.

Le simple abcès tubéreux peut passer inapercu ou ne laisser qu'une petite plaie qui guérit; si la muqueuse est décollée (abcès margellaire), une fistule borgne externe ou complète peut persister après l'évacuation du pus.

Les abcès profonds, ischio-rectaux produisent de graves désordres, capables d'amener la mort et, dans des cas plus heureux, établissent encore d'intarissables fistules.

Les abcès margellaires, les plus communs, siègent sur les côtés. Dans un cas nous avons vu chez un enfant de quinze ans la région précoxygienne largement décollée rester fistuleuse.

On pourrait à la rigueur confondre un abcès profond de cette région avec l'ostéo-myélite (rare) des branches du pubis. Chez un enfant de trois ans, qui avait fait une chute violente sur le siège, nous avons vu une ostéo-myélite née à l'union des deux pièces pubiennes et ischiatique donner tous les signes d'un phlegmon ischio-rectal. L'incision faite en avant de l'anus comme dans la taille prérectale fit de suite cesser les phénomènes locaux et généraux et permit de vérifier le diagnostic.

4° Traitement. — Une seule règle de conduite est acceptée en dehors des soins hygiéniques, en tenant compte d'une affection préalable du rectum, de la constipation et de toutes les autres causes qui ont été signalées, nous voulons parler de l'incision précoce.

L'incision qui débride tout le foyer, y compris la paroi ano-rectale, peut procurer une guérison rapide et prévenir la formation d'une fistule, en créant une plaie simple sans clapiers ni décollements.

ARTICLE XVIII

FISTULES ANO-RECTALES

Les fistules consécutives aux abcès de la région ano-rectale chez l'enfant ne diffèrent en rien de celles des adultes. Elles

sont du reste fort rares au-dessous de quinze ans : depuis plusieurs années un petit nombre de cas nous ont été présentés à la clinique.

Leur traitement, qui doit s'inspirer de l'état général et tenir le plus grand compte de la tuberculose dont elles sont trop souvent l'expression, n'a rien de spécial. Il doit être radical et obéir aux règles ordinaires.

LIVRE VI

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Les maladies chirurgicales des organes génito-urinaires chez l'enfant pourraient à la rigueur être abandonnées à un ouvrage de chirurgie générale, mais l'intérêt qui s'attache à certains faits, à certaines questions nous a paru réclamer pour ce précis une place encore importante.

ARTICLE PREMIER

MALADIES DES REINS

Peu importantes dans le jeune âge, les affections du rein n'occupent qu'un petit nombre d'articles, où les tumeurs seront surtout traitées.

§ 1. — REIN FLOTTANT

1º Étiologie, division. — Le rein flottant ou rein mobile constitue en pathologie infantile une rareté; il se rencontre dans deux conditions différentes : ou bien chez un jeune enfant, atteint d'ectopie congénitale; ou bien chez une fillette au moment de la puberté. Dans le premier cas, c'est le plus souvent à une malformation des reins (rein en fer à cheval, rein unique) que l'on a affaire et l'on ne saurait dans presque tous les cas en préciser le diagnostic avant l'autopsie. Ce sont là, en effet, des reins qui, malgré leur situation et leur forme anormales, fonctionnent régulièrement et ne déterminent au-