

Les recherches de Verneuil et de Fontan (1876), confirmées par beaucoup de chirurgiens, ont montré tout le profit que l'on pouvait tirer de la *dilatation forcée* du sphincter pour le traitement des hémorroïdes. Cette opération, pratiquée soit avec les doigts, soit avec des spéculums dilatateurs, et sous le chloroforme, donne de très bons résultats; elle est basée sur le rôle important que jouent les fibres musculaires du sphincter dans la production des hémorroïdes. Malgré cela, la dilatation ne constitue encore qu'un traitement palliatif, qui s'adresse surtout à l'élément douleur, et n'a pas d'effet curatif contre les hémorroïdes volumineuses qui ont pour ainsi dire perdu droit de domicile dans le rectum, suivant l'expression de Richet. Elle est souvent suivie de récurrence. En tout cas, quand on aura recours à l'excision, elle devra toujours être employée comme premier temps de cette opération, car elle la facilite en même temps qu'elle assure un résultat plus complet.

Parmi les nombreuses méthodes qui ont eu pour but la destruction radicale des hémorroïdes, nous citerons seulement les moyens qui méritent d'être encore conservés : contre les petites hémorroïdes externes l'excision ou la cautérisation avec le thermocautère suffisent. Les hémorroïdes internes à l'état de proci-dence habituelle ou provoquée par des lavements, sont détruites au-dessus d'un clamp qui protège les parties voisines, au moyen du fer rouge : pince de Richet; on peut les détacher, soit avec l'écraseur linéaire, soit par la ligature élastique, soit enfin au moyen de l'anse galvanique. Ces opérations ne doivent pas porter sur tout le pourtour d'un bourrelet annulaire; on serait exposé à produire des rétrécissements cicatriciels. On se borne à des excisions partielles et on compte sur les bons effets de la rétraction cicatricielle pour amener la réduction et l'oblitération de ce qu'on n'aura pas jugé à propos d'enlever. L'excision totale est assurée par le procédé de Witehead qui consiste dans la dissection de la muqueuse hémorroïdaire, puis dans sa suppression avec suture consécutive de la muqueuse rectale à la peau. M. Quénu, au lieu d'exciser la muqueuse en même temps que les hémorroïdes, se borne à extirper celles-ci en disséquant la face profonde de la muqueuse qu'il suture à la peau. Elle ne donnera de bons résultats que si la région opératoire est suffisamment aseptique pour permettre la réunion immédiate. L'usage des caustiques, notamment du caustique Filhos, de l'acide azotique monohydraté ou du nitrate

acide de mercure, ne nous paraît pas pouvoir être mis en parallèle avec les bons résultats fournis par les méthodes précédentes et notamment avec les avantages du cautère actuel. Un pansement antiseptique est toujours de rigueur.

CHAPITRE V

POLYPES DU RECTUM

Les polypes du rectum sont les plus fréquents du tube digestif, après ceux du pharynx.

Ils sont encore rares; Allingham n'en a observé que 40, tant dans sa clientèle qu'à l'hôpital.

Bokai (de Pest) n'en a observé que 25 sur près de 60 000 enfants.

Le polype du rectum a été décrit comme une maladie de l'enfance; Giraldès ne la croyait pas plus fréquente chez les garçons que chez les filles; on a prétendu le contraire.

L'affection s'observerait d'ailleurs plus souvent qu'on ne le disait autrefois chez l'adulte et chez le vieillard. — Allingham a observé 17 polypes chez l'adulte et 25 seulement chez l'enfant.

Anatomie pathologique. — Ce qui caractérise le polype, c'est l'existence du *pédicule*, tantôt mince, arrondi, fragile chez l'enfant, tantôt court, résistant, aplati (adultes). Ce pédicule renferme les vaisseaux de la tumeur, le plus ordinairement une artère et deux veines satellites. Il est presque toujours unique. Smith a cependant cité un pédicule double.

La *tumeur* est ordinairement petite et arrondie; chez l'enfant, elle varie du volume d'un pois à celui d'une cerise, rarement plus; chez l'adulte, elle atteint le volume d'une noix, d'une pomme (Gosselin), d'une mandarine (B. Anger), celui du poing (Trélat) et même des deux poings (Boyer).

La surface est lisse, unie, parfois mamelonnée, granuleuse, vil-leuse même ou scissurée.

Son *siège habituel* est la paroi postérieure du rectum de 2 à 6 centimètres au-dessus de l'anus; exceptionnellement plus haut, 16 centimètres (Desault).

Nombre. — Presque toujours unique; Richet et Fochier ont cepen-

dant rapporté des cas où la muqueuse était tapissée de petites masses polypiformes.

Variétés. — Il y a deux grandes variétés anatomiques de polypes du rectum :

1° Les polypes muqueux;

2° Les polypes fibreux.

1° Les *polypes muqueux* sont les polypes de l'enfant; ils sont formés de vaisseaux, de glandes et de tissu conjonctif; ce ne sont pas

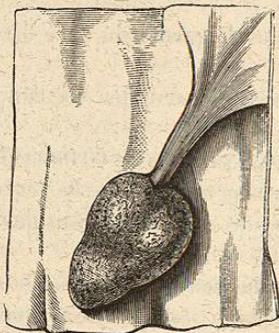


Fig. 98. — Polype muqueux.

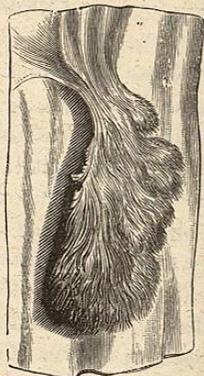


Fig. 99. — Polype papillaire.

des myxomes; ils diffèrent donc totalement des polypes muqueux des fosses nasales.

Gosselin en distingue plusieurs espèces différentes : *a.* Les *polypes folliculaires*, mous, granuleux, paraissant criblés de petits pertuis, parfois même de véritables lacunes semblables à celles de la surface de l'amygdale (Nélaton); ces polypes sont constitués par des glandes en tube hypertrophiées dont les culs-de-sac sont multipliés, dilatés, remplis d'épithélium cylindrique et d'un liquide visqueux, parfois même par de véritables kystes. — Nélaton avait le premier soupçonné cette structure, confirmée depuis par Robin, Verneuil, Cornil et Ranvier.

b. Les *polypes charnus ou sarcomateux*, plus fermes, plus lisses, plus vasculaires, sont composés d'une trame celluleuse renfermant de la matière fibro-plastique, des cellules embryonnaires et des corps fusiformes. Les capillaires veineux y sont très dilatés. Ces polypes diminuent de volume d'une façon notable après leur ablation,

ce qui tient à leur vascularité. — Enfin, on y trouve quelques glandes et un revêtement épithélial cylindrique. Allingham enseigne que ce revêtement épithélial est le plus souvent pavimenteux.

c. Les *polypes papillaires* sont des tumeurs lobulées, granuleuses, molles, d'un rouge violacé, pourvues d'un large pédicule et composées d'un stroma conjonctif, servant de support à de nombreuses papilles tapissées de cellules cylindriques.

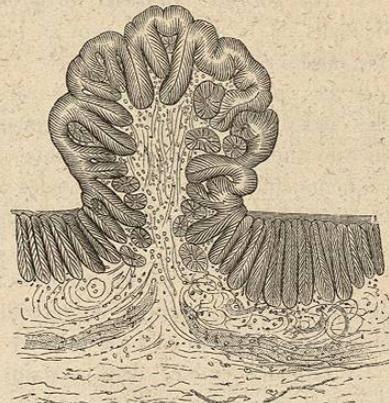


Fig. 400. — Coupe d'un polype papillaire.

Duplay classe cette variété parmi les polypes fibreux. Peut-être faut-il en rapprocher les tumeurs

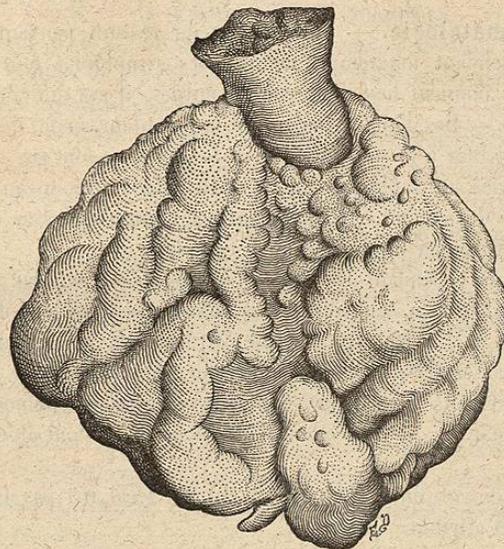


Fig. 401. — Polype rectal, grosseur naturelle (S. Pozzi).

villieuses, *villous tumors* des Anglais, masses lobulées à pédicule court et épais que l'on rencontre surtout chez l'adulte et le vieillard.

d. Les *polypes muqueux proprement dits*, de Forget, où les éléments de la muqueuse sont en proportion normale, constituent une variété rare.

2° Les *polypes fibreux*, plus rares encore, sont plus fermes, plus pâles que les polypes muqueux et tapissés par une muqueuse amincie et peu adhérente. Ces polypes coïncident assez fréquemment avec les hémorroïdes internes, et ne sont peut-être pas autre chose qu'une hémorroïde indurée, au moins dans certains cas (Gosselin).

Leur structure est plutôt celle des corps fibreux; Malassez a signalé dans un cas de polype du rectum la présence de fibres musculaires lisses; Billroth en a vu un autre formé de fibres élastiques.

La tumeur semble, dans certains cas fort rares, avoir pris naissance hors des parois rectales, dont elle s'est coiffée pour faire saillie dans le rectum; on a observé que parfois le pédicule était dans ces cas exceptionnels accompagné d'un prolongement péritonéal.

Symptomatologie. — Les polypes du rectum peuvent passer inaperçus pendant longtemps; lorsque les symptômes fonctionnels auxquels ils donnent lieu sont peu accentués, il est difficile de les reconnaître. — Des démangeaisons, de la pesanteur anale, des envies fréquentes d'aller à la selle, un peu de ténésme, ne sont pas toujours des symptômes suffisants pour attirer l'attention au moins au début; plus tard ils deviennent ordinairement assez intenses, assez douloureux pour provoquer un examen plus complet.

Quelquefois cependant les polypes se traduisent par des troubles plus importants: ce sont des selles muqueuses, teintées de sang, comparables à la gelée de groseille (Gross), ou encore des rectorrhagies, assez abondantes pour anémier profondément le malade. Aucune autre cause ne peut provoquer chez l'enfant des hémorrhagies aussi importantes, et leur valeur séméiologique devient alors considérable.

L'aplatissement médian ou latéral du bol fécal n'a pas la valeur que lui avait attribuée Guersant.

Le plus souvent, le diagnostic ne se fait que parce que le polype sort par le fondement au moment de la défécation; on perçoit alors ses caractères physiques.

La tumeur est ou bien molle, peu volumineuse, vasculaire, c'est

le polype muqueux, le polype ordinaire chez l'enfant; ou bien dure, fibreuse, présentant au moins le volume d'une noix: c'est le polype fibreux.

La tumeur villeuse est très rare, au dire d'Allingham; elle fournit la sensation d'une masse charnue, lobulée, munie d'un pédicule plutôt aplati qu'arrondi. Elle n'est pas douloureuse, ne récidive pas, ne donne pas lieu à des hémorrhagies graves. Allingham insiste sur un écoulement très abondant de matières glaireuses semblables à de l'albumine non cuite; 2 fois sur 4 ces tumeurs ont été rencontrées chez des femmes âgées.

Le toucher rectal permettra d'apprécier la situation et l'épaisseur du pédicule.

La réduction s'opère en général d'elle-même; cependant, à la longue, l'issue se fait plus facilement, au moindre effort, et le polype saigne au contact des vêtements.

Il n'est pas rare de voir le polype du rectum se compliquer de fissure à l'anus et de prolapsus de la muqueuse. — Allingham parle même d'abcès de la marge de l'anus à la suite de polypes fibreux: d'après lui, la coexistence d'hémorroïdes ou d'autres affections serait rarement observée.

Marche. — Chez l'enfant, sous l'influence des efforts d'expulsion que provoque le polype, son pédicule s'allonge, s'amincit jusqu'à se rompre, et l'expulsion spontanée est une terminaison fréquente. Chez l'adulte, au contraire, ce mode de terminaison est plus rare. — On a indiqué la possibilité de l'atrophie spontanée du polype.

Diagnostic. — Si le polype fait saillie par le fondement, le diagnostic n'est guère difficile; il ne nous paraît pas possible de confondre un polype, dont le toucher rectal aura indiqué le pédicule, avec un prolapsus ou des hémorroïdes procidentes. Dans le prolapsus, la tumeur offre un volume plus considérable, un orifice central par lequel on pénètre dans le rectum; dans la tumeur hémorroïdaire, la masse est rarement unique, elle ne possède pas un pédicule net et se réduit presque toujours sur place par compression, ce qui n'a pas lieu pour le polype.

Les tumeurs malignes ne présentent pour ainsi dire jamais un pédicule aussi mince que les polypes.

Le diagnostic est, par contre, plus délicat, si le polype ne fait pas saillie au dehors; les troubles fonctionnels indiqués plus haut doivent

éveiller l'attention et faire pratiquer l'examen du rectum. On administre un lavement pour provoquer l'issue de la tumeur; on engage le malade à pousser pour l'amener au dehors, enfin on pratique le toucher rectal explorant la paroi de haut en bas, se souvenant que le polype siège rarement bien haut dans le rectum. Ces diverses explorations permettront en outre d'indiquer à quelle variété on a affaire, quels sont le siège, la vascularité et le mode d'implantation de la tumeur.

Pronostic. — Ce n'est pas une affection grave; la tumeur enlevée ne récidive pas. On a cependant cité des exemples contraires à cette règle (Eaux).

Traitement. — L'ablation d'un polype du rectum peut être effectuée de bien des manières: chez l'enfant, l'arrachement, surtout combiné à la torsion du pédicule, constitue une excellente méthode; il en est de même de la ligature simple ou élastique. — La vascularité que présentent certaines de ces tumeurs doit faire rejeter l'excision.

S'il s'agissait de pédicules un peu volumineux présentant des battements, on aurait recours soit à l'écraseur linéaire, soit à l'emploi du clamp, suivi de cautérisation, suivant la méthode fréquemment employée par Allingham; on a encore conseillé la cautérisation, pratiquée soit au moyen des pinces porte-caustique d'Amussat, soit plus simplement avec le galvano-cautère.

CHAPITRE VI

PROLAPSUS DU RECTUM

Définition. — Avec Gosselin, nous définirons le *prolapsus du rectum*: toute issue par l'anus d'une partie plus ou moins étendue d'intestin.

Synonymie. — *Chute, procidence, invagination.*

Division. — Cette définition groupe dans un seul cadre pathologique des états assez différents.

La première forme est représentée par le renversement, la *procidence* de la muqueuse rectale seule.

La deuxième forme, degré plus avancé de la précédente, est le

retournement de toutes les tuniques du rectum à partir de l'anus; c'est la *chute du rectum* proprement dite.

La troisième comprend les *invaginations* du rectum.

Étiologie et pathogénie. — Le prolapsus du rectum est une affection rare; la statistique d'Allingham nous donne la proportion de 1 sur 75 malades du rectum.

C'est surtout une maladie de l'enfance.

Plusieurs raisons anatomiques ont été invoquées pour expliquer cette plus grande fréquence. Chez l'enfant, le bassin est petit, la masse intestinale, qui pèse sur le petit bassin, relativement considérable, le sacrum peu incurvé, et le rectum, lui aussi, sensiblement rectiligne.

Giraldès insistait encore sur la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux; mais Duchaussoy semble avoir pris l'effet pour la cause quand il parle de la faiblesse des sphincters; en réalité, à cet âge, les sphincters sont très résistants chez un enfant bien portant.

D'autres motifs physiologiques et pathologiques ont été mis en avant; ce sont: la détestable habitude qu'on a parfois de laisser les enfants trop longtemps sur le vase de nuit, les efforts déterminés par la constipation, les calculs vésicaux, les ascarides, les diarrhées chroniques persistantes, les polypes du rectum, le phimosis (Allingham), les adhérences préputiales (Bryant), la coexistence d'un rétrécissement congénital du rectum à sa jonction avec l'S iliaque (Eug. Bœckel). Tout cela se résume en deux mots: toutes les affections qui provoquent des efforts expulsifs répétés.

Chez l'adulte, l'affection est plus rare; les causes sont peu différentes, diarrhée, dysentérie chronique, abus de drastiques (Smith) et des lavements, hémorroïdes, polypes, tumeurs du rectum. — Chez la femme, il faut y ajouter l'influence des grossesses répétées, des tumeurs du petit bassin, et noter dans un certain nombre de circonstances la coexistence d'un prolapsus utérin. Les habitudes honteuses de la pédérastie passive doivent également être incriminées dans quelques circonstances.

Chez le vieillard, aux causes précédentes s'ajoutent les efforts expulsifs provoqués par une difficulté quelconque de la miction: calculs, hypertrophie prostatique, rétrécissements de l'urèthre, ou encore par la toux répétée de certaines bronchites chroniques. L'atonie des tissus entre également pour une part importante.