

parties malades par la résection à la Mikulicz qui donnera presque toujours de fort bons résultats.

Restent enfin ces accidents rares, mais très redoutables, dont nous avons parlé, qui sont des étranglements vrais ou de l'*occlusion intestinale*. Inutile d'insister sur ce qu'ils réclament une intervention d'extrême urgence. S'il s'agit d'une invagination et si l'obstacle siège au collet, on fera la laparotomie et on suivra la conduite indiquée à propos des *invaginations intestinales*. Si l'on a affaire à une hédrocèle étranglée on pourra faire la résection à la Mikulicz et, une fois le cul-de-sac péritonéal ouvert, examiner l'anse étranglée, la réduire si elle est saine, la réséquer si elle est gangrenée : c'est ce que fit BOGDANICK dans un cas où il dut réséquer 48 centimètres d'intestin. Mais on peut également faire la laparotomie et dégager par en haut l'anse enclavée dans le cul-de-sac de Douglas : LAUWERS (de Courtrai) a eu récemment un très beau succès par une opération de ce genre.

XIX

NÉOPLASMES DE LA RÉGION ANO-RECTALE

Les tumeurs de cette région peuvent être bénignes ou malignes. Parmi les premières, nous n'étudierons guère que les végétations, les condylomes, les polypes ; les lipomes, les angiomes, les fibromes, etc., méritent seulement d'être signalés.

De même parmi les tumeurs malignes, le cancer par son importance doit nous arrêter presque exclusivement.

ARTICLE PREMIER

TUMEURS BÉNIGNES

§ 1. — TUMEURS BÉNIGNES DE L'ANUS

Nous avons surtout en vue ici les végétations et les condylomes. A vrai dire ce ne sont pas à proprement parler des tumeurs ; elles sont un des principaux symptômes d'un travail d'inflammation chronique dont il est parfois difficile de déterminer la cause. Mais comme, en somme, le fait principal est la production néoplasique, c'est elle surtout qu'on considère, et cliniquement végétations et condylomes sont rangés dans le groupe des tumeurs bénignes dont la région anale peut être le siège.

VÉGÉTATIONS

Anatomie pathologique. — Ce sont de petites tumeurs papillaires, plus ou moins allongées, rameuses, qui se dévelop-

pent ordinairement en grand nombre au pourtour de l'orifice anal. Elles débutent par de petites verrues, assez semblables à celles qu'on observe au niveau des doigts. Elles augmentent progressivement de volume et à mesure qu'elles se développent elles se bifurquent et prennent un aspect arborescent ; elles s'accompagnent alors d'un suintement blanchâtre ou séro-sanguinolent, abondant, d'odeur infecte, qui amène une irritation intense des téguments voisins. Quand les végétations sont nombreuses, elles s'imbriquent, deviennent confluentes, formant comme une sorte de tapis ; ces tumeurs larges et plates ne sont cependant implantées sur la peau que par d'innombrables petits pédicules. Aussi n'est-ce pas sans surprise que le chirurgien qui en pratique l'excision trouve, au lieu d'une vaste plaie, une surface cutanée normale mais percée d'une multitude infinie de petits pertuis qui correspondent aux points d'implantation des papilles.

Structure. — Une coupe longitudinale de ces végétations examinée à un faible grossissement montre nettement leur structure. Le centre est formé de tissu conjonctif, prolongement du derme, ou pour mieux dire, du sommet des papilles du derme. Les vaisseaux forment, comme dans les papilles normales, des anses qui mettent en communication les artères avec les veines. Le revêtement épithélial présente une et plus souvent plusieurs couches de cellules extrêmement variables de forme et de volume.

Étiologie. — *Quelle est l'origine de ces végétations ?* Les recherches bactériologiques faites pour trouver un agent spécifique n'ont donné que des résultats négatifs.

De même actuellement personne ne soutient plus leur origine syphilitique ou tout au moins leur spécificité. La blennorrhagie, qu'on retrouve si souvent dans les antécédents, n'en est pas davantage la cause immédiate ; les inoculations négatives de Melchior ROBERT sur lui-même ont contribué à prouver ces deux faits aujourd'hui bien établis. Est-ce à dire que ni la blennorrhagie, ni la syphilis ne jouent un rôle dans la production des végétations ? Non certes ; mais leur rôle est banal

et non spécifique. Toutes les causes d'irritation, d'inflammation chronique agissent de même ; toutes les maladies du rectum et de l'anus qui s'accompagnent d'écoulements, les vaginites, les métrites chez la femme peuvent se compliquer de végétations. On a remarqué leur fréquence chez les femmes enceintes, leur prolifération rapide pendant la grossesse, mais aussi leur diminution de volume et même leur disparition complète après l'accouchement.

DIDAY admet enfin une prédisposition spéciale de certains sujets qui en même temps que des végétations anales porteraient fréquemment, dit-il, des verrues aux mains. N'est-il pas plus probable qu'il y a dans ces cas inoculation directe ? DELBET¹ a rapporté un cas de contagiosité indiscutable de tumeurs papillaires.

Symptômes. — Les végétations ne causent au début qu'une gêne légère et quelques démangeaisons, puis peu à peu elles augmentent de volume, de nombre, d'étendue, l'écoulement devient plus abondant, plus irritant et les malades souffrent alors véritablement. Chaque mouvement, en provoquant le frottement des végétations les unes sur les autres, produit une sensation de brûlure ; la marche est presque impossible, s'accompagne de suintement séro-sanguinolent et même d'hémorragies. La défécation est particulièrement pénible ; les soins de propreté étant très difficiles à prendre dans cette région, des phénomènes inflammatoires aigus aggravent encore l'état local.

Certaines végétations sont encore plus gênantes quand, par leur siège au niveau de la marge de l'anus, au milieu des plis radiés, elles provoquent les douleurs intolérables de la fissure. Quand ces tumeurs restent sèches et laissent indemne la région marginale, elles sont au contraire absolument indolentes et c'est seulement quand les soins de propreté deviennent difficiles que les malades consultent.

Diagnostic. — Le diagnostic est aisé ; seul un examen

¹ DELBET. *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, Paris, 1896. t. I, p. 490.

superficiel pourrait faire attribuer à un cancer végétant de l'anus ces masses papillomateuses qui, nous l'avons dit, reposent sur une peau saine et non sur une tumeur comme dans tout cancer.

Les *condylomes* n'ont pas non plus le même aspect; moins nombreux, ils sont toujours plus ou moins pédiculés, leur corps au lieu d'être frangé est plutôt arrondi, renflé en massue. La structure enfin est différente.

La *tuberculose verruqueuse* de l'anus est une affection rare, dont nous avons étudié plus haut les symptômes; elle ne peut être confondue avec des végétations inflammatoires simples.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'excision; on a abandonné les anciens procédés, la ligature, la dessiccation. Avec des ciseaux courbes sur le plat, on sectionne les végétations les plus volumineuses à leur base, en enlevant même au besoin un peu de la peau sous-jacente: on se contentera de gratter les plus petites avec la cuiller tranchante. Une légère cautérisation suffit pour obtenir l'hémostase de la rosée sanguinolente abondante qui suit l'excision. L'anesthésie est nécessaire si les végétations sont nombreuses et surtout si leur siège intra-anal commande la dilatation sphinctérienne.

CONDYLOMES

On décrit sous le nom de condylomes de petites tumeurs dures, fibreuses, de forme arrondie et d'aspect plus ou moins rugueux qui siègent au voisinage de l'anus. Ce sont des productions inflammatoires, nées sous l'influence d'un travail d'irritation chronique. On ne confondra donc pas sous cette dénomination toutes les tumeurs plus ou moins pédiculées de l'anus, comme les végétations, les marisques, restes d'hémorroïdes externes enflammées, ou encore les plaques muqueuses papulo-hypertrophiques.

Anatomie pathologique. — Le siège des condylomes est d'ordinaire au niveau des plis radiés de l'anus; leur base

d'implantation est assez large; leur volume, variable d'ailleurs, peut atteindre la grosseur d'une noisette ou d'une petite noix. A la coupe on les trouve formés par un tissu dur, comme de véritables fibromes. Le microscope montre qu'ils sont constitués par l'hypertrophie de tout le derme et non pas seulement du corps papillaire comme le sont les végétations. La couche épidermique, par contre, est ici très mince.

Symptômes. — Uniques ou tout au moins peu nombreux, ils sont absolument indolents d'ordinaire. Ils ne gênent le sujet qui les porte que par leur volume qui parfois peut devenir assez considérable ou sous l'influence des phénomènes d'irritation causée par les frottements. La région s'enflamme, devient le siège d'un suintement abondant, les démangeaisons sont vives, et même dans certains cas, des ulcérations se creusent à la base de la tumeur. Le condylome par lui-même n'a aucune tendance à la régression, même après la disparition des causes qui l'ont engendré; mais contrairement encore aux végétations, il n'a aucune tendance à la récurrence, de sorte que le pronostic est en somme assez favorable.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile. Les *syphilides secondaires papulo-hypertrophiques*, outre la notion étiologique, ont un aspect un peu spécial. Ce sont des plaques plus ou moins surélevées (d'où leur nom de *condylomes plats*), dont la surface chagrinée est souvent recouverte d'une pellicule blanche, d'aspect porcelanique; elles s'accompagnent parfois d'hypertrophie radiée des plis de l'anus.

La peau ne se plisse pas à la surface des condylomes; ce caractère joint à leur consistance, à leur non-réductibilité, permet de les distinguer des *marisques*.

Quand sous l'influence de l'inflammation les tumeurs ulcérées sont devenues fétides et douloureuses, leur aspect éveille l'idée d'une *dégénérescence maligne*. Un examen très attentif est nécessaire pour établir le diagnostic: l'évolution est d'ailleurs bien différente dans les deux cas.

Enfin et bien que la chose ne soit pas toujours facile, il faut,

en présence de condylomes, chercher à en déterminer la cause. VERCHÈRE¹ après GOSSELIN a insisté sur la valeur symptomatique de ces tumeurs dans la période prémonitoire du rétrécissement rectal. Le condylome pourtant n'est pas un symptôme du rétrécissement, mais une manifestation de la rectite qui amènera à la longue la coarctation rectale; aussi sa présence doit-elle éveiller l'attention. Le toucher rectal s'impose; il révélera la coexistence d'ulcérations anales non apparentes et peut-être le début d'un rétrécissement.

Traitement. — Le seul traitement est l'ablation des condylomes, surtout s'ils ont tendance à s'enflammer ou s'ulcérer; nous avons déjà dit qu'ils ne récidivaient pas.

§ 2. — TUMEURS BÉNIGNES DU RECTUM

Les *végétations* que l'on rencontre dans le rectum au-dessus du sphincter sont de nature conjonctive ou de nature glandulaire; nous les avons étudiées plus haut² avec les rectites dont elles sont la conséquence. Nous ne décrivons ici que les tumeurs bénignes pédiculisées, les *polypes*. Ce sont les plus importantes.

Les autres tumeurs bénignes sont en effet exceptionnelles³. On a signalé des *myxomes* (CRUVEILHIER, HULKE), des *enchondromes* (DOLBEAU), des *myomes* ou des *fibromyomes* (TÉDENAT, CARLIER, HEURTAUX, BERG, SENN et WEEKLY, de WESTERMARK, MAC COSH). Les polypes fibreux ne sont pas très rares, mais l'existence de *fibromes purs* du rectum n'est pas encore prouvée. Par contre les *lipomes* existent bien; ils forment de véritables polypes à pédicules assez longs qui peuvent amener l'invagination du côlon pelvien et le prolapsus du rectum. Certains sont extra-

¹ VERCHÈRE. Sur la période prémonitoire du rétrécissement du rectum. Rapport par M. Gérard Marchant. *Bull. de Soc. Chir.*, 1897, p. 186.

² Voy. p. 32.

³ Voy. LONGUET. Des tumeurs bénignes du rectum. *Progrès médical*, 27 août et 3 septembre 1898, nos 35 et 36.

rectaux et se développent soit dans la fosse ischio-rectale, soit dans la cloison recto-vaginale.

On niait naguère encore les *lymphadénomes* du rectum; mais BALL, FÉLIZET et BRANCA¹, QUÉNU et HARTMANN², SCHWAB, SHATTOCK en ont publié des exemples indiscutables. Ils se présentent souvent comme des polypes, mais le microscope montre la présence :

1° D'un réticulum délicat que le pinceutage met en évidence;

2° De leucocytes de tailles variées, coulés dans le réticulum;

3° De vaisseaux surtout nets dans le noyau central (BRANCA).

Les *angiomes* sont extrêmement rares; il n'en existe que 2 observations (MARSH, BARKER).

Les *kystes dermoïdes* qui siègent dans le rectum sont tout à fait exceptionnels. Nous ne parlons pas des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, kystes rétro-rectaux qui adhèrent au rectum et peuvent s'ouvrir dans sa cavité³, ni des kystes dermoïdes développés entre le rectum et le vagin. LONGUET rapporte 3 observations de kystes dermoïdes rectaux (DANZEL, PORT, CLUTTON); ils renfermaient de la matière sébacée, des cheveux et même des dents. Ils peuvent passer longtemps inaperçus jusqu'à ce que, sous l'influence des frottements ils s'enflamment et prennent brusquement une marche plus rapide. Le seul traitement à proposer est l'ablation.

POLYPES DU RECTUM

Toutes les tumeurs qui se développent dans l'épaisseur des tuniques rectales ont une tendance remarquable à s'isoler de leur point de départ, à faire saillie dans l'intérieur du rectum,

¹ FÉLIZET et BRANCA. *Traité des maladies de l'enfance*, 1897, t. II, p. 747. — BRANCA. Lymphadénome polypiforme du rectum. *Bull. de la Soc. Anat.*, Paris, 1897, p. 158.

² QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, Paris, 1899, t. II, p. 361.

³ CALBET. Tumeurs congénitales d'origine parasitaire, etc. *Thèse de Paris*, 1893.

à se pédiculiser en un mot. Cela tient à l'influence des efforts de défécation. La tumeur placée au milieu des fibres qui se contractent est exprimée pour ainsi dire et chassée du côté où la pression est moindre. Dès qu'elle fait saillie à la surface de la muqueuse le passage des matières agit mécaniquement sur elle pour l'entraîner et la pédiculiser de plus en plus.

Toutes les tumeurs du rectum peuvent d'une façon générale subir cette évolution. On réserve cependant le nom de polypes à certaines tumeurs bénignes pédiculisées. Toutes n'ont pas la même structure microscopique et ne sont par conséquent pas de même nature. Mais si au point de vue histologique nous devons étudier séparément les différents polypes, il y a intérêt, au point de vue clinique, à les réunir dans une seule étude, car ils se présentent tous avec les mêmes symptômes, ils ont la même évolution bénigne, ils relèvent du même traitement, et souvent en pratique le chirurgien est incapable de diagnostiquer leur nature. Seul l'examen histologique fait après l'intervention permet d'étiqueter ces tumeurs et de les ranger dans les groupes auxquels elles appartiennent.

Anatomie pathologique. Caractères macroscopiques. —

Les polypes du rectum acquièrent rarement un *volume* considérable. Exceptionnellement on les voit présenter la grosseur d'une pomme de reinette (GOSSELIN) ou encore arriver à remplir toute la cavité du rectum et peser quatre livres (cas de KEMM cité par ESMARCH). D'ordinaire ils ont le volume d'une cerise, d'une noix, d'une mandarine au plus.

En général, ils sont *uniques*, mais on peut en rencontrer plusieurs. Lorsqu'on en compte 20 comme dans le cas de LEBERT, ou plusieurs centaines comme dans le cas de FOCHIER, on peut se demander s'il est juste de conserver à cette affection le nom de polypes. Nous avons vu plus haut que ces végétations multiples relevaient d'une infection de la muqueuse, qu'elles appartenaient soit à la *rectite proliférante*, soit à la *polypose recto-côlique*.

La *forme* des polypes est irrégulière; arrondis assez rarement à la façon d'une bille, on les trouve plus souvent allongés, un peu incurvés.

Leur *surface* peut être *lisse*, *granitée* ou *mûriforme*, suivant les cas; d'une façon générale le polype a tendance à se creuser de vacuoles, ce qui, suivant la comparaison très juste d'A. NÉLATON, lui donne l'aspect d'une amygdale avec ses lacunes. Cette disposition s'exagère-t-elle encore, la masse polypeuse se partage en lobes et en lobules et prend l'aspect d'une grappe de raisin (LEDUAN).

La *couleur* rappelle assez celle de la muqueuse qui recouvre des hémorroïdes internes et varie suivant la vascularisation. D'un rouge violacé quand il est examiné *in situ*, surtout quand sous l'influence d'un effort d'expulsion il devient turgescents, le polype est blanc pâle après extirpation quand il s'est vidé du sang qu'il contenait.

La *muqueuse* ne présente que peu de lésions: on la trouve parfois enflammée, légèrement ulcérée; dans le voisinage elle a ses caractères normaux. Mais ce qui caractérise le polype, c'est le *pédicule* qui lui amène ses vaisseaux et ses nerfs. Ce pédicule varie d'aspect, d'ailleurs, suivant l'ancienneté de la tumeur, le stade de son évolution. Large, à peine indiqué, quand au début la tumeur est presque sessile, il s'effile ensuite progressivement et arrive à atteindre une certaine longueur. Il peut alors se rompre. Quand on exerce sur le pédicule une traction un peu forte, il se sépare de la tumeur « comme se détache la queue d'un fruit mûr », en laissant à sa place une petite cavité en forme de cratère. D'ordinaire c'est sur la paroi postérieure du rectum qu'il s'implante, à une faible distance de l'orifice anal. Le siège de prédilection est immédiatement au-dessus du sphincter à 3, 4 ou 5 centimètres; on peut en voir cependant siéger beaucoup plus haut, à 15 centimètres (GROSS), 16 centimètres (DESAILLÉ).

Sans attacher plus d'importance qu'il ne convient à la notion de *consistance*, nous devons, avec la plupart des auteurs, distinguer deux sortes de polypes: les *polypes mous*, peu volumineux, à pédicule grêle, et les *polypes durs* à base large, et de volume plus considérable.

Cette différence de consistance correspond d'ailleurs le plus souvent à une différence réelle de structure, les polypes mous étant des polypes glandulaires, les durs étant des polypes

fibreux. Les premiers se rencontrent surtout chez l'enfant, les seconds chez l'adulte, bien qu'il n'y ait en tout cela rien d'absolu.

Les *polypes durs ou fibreux* sont rares. Ils semblent naître dans l'épaisseur de la paroi rectale et ne font que soulever la muqueuse dont ils se coiffent. Ils peuvent même se développer en dehors du rectum, soit dans la cavité abdominale, soit dans l'excavation sacrée suivant que leur implantation est pré ou rétro-rectale. La muqueuse enlevée, on se trouve en présence d'un tissu dur qui crie sous le scalpel et dont l'aspect est tantôt celui d'un tissu lardacé, tantôt d'un véritable fibrome à fibres irrégulièrement distribuées et entrecroisées, mais bien rarement stratifiées comme dans les myomes utérins. Ce sont ces polypes fibreux qui présentent parfois un siège un peu élevé et peuvent entraîner le péritoine. On cite plusieurs cas de polypes dans le pédicule desquels se trouvait un cul-de-sac péritonéal et dont l'ablation a entraîné la mort par péritonite.

L'élément vasculaire y est toujours très développé ; on voit à la surface ramper de gros vaisseaux adhérents aux tissus ; ils restent béants s'ils ont été ouverts, d'où l'importance des hémorragies.

Les *polypes mous ou muqueux* appelés encore glandulaires, folliculaires (ALLINGHAM), adénoïdes (GROSS), correspondent histologiquement à l'*Adénome*. Ce sont les plus fréquents, ceux auxquels correspond notre description générale. Ils peuvent devenir *kystiques*, les kystes petits étant susceptibles de prendre à un moment donné un volume assez considérable.

Nous signalerons enfin d'autres variétés plus rares :

Les *polypes papillaires*, polypes granuleux de GOSSELIN.

Les *polypes vilieux* (Villous tumors des Anglais).

Ces dernières ont une structure et une évolution toutes particulières : leur étude fera l'objet d'un chapitre spécial (voy. *Tumeurs vilieuses*, p. 361).

Caractères microscopiques. — Si le polype au point de vue clinique correspond dans la grande majorité des cas à un type bien défini, au point de vue histologique, comme le dit très

bien QUÉNU, le polype n'existe pas. Il y a des adénomes, des fibromes, des carcinomes, etc., qui peuvent se pédiculiser.

Nous laisserons de côté à dessein les tumeurs pédiculées liées à la rectite (végétations, condylomes), les hémorroïdes modifiées que nous avons étudiées ailleurs, et d'autres tumeurs rares comme les sarcomes, les lipomes, les myxomes, les angiomes, les lymphadénomes, etc...

Pratiquement, on peut diviser les polypes en deux grandes classes, au point de vue microscopique :

Les uns sont développés aux dépens de l'appareil glandulaire, d'origine endodermique, ce sont des adénomes. Les autres proviennent des tissus mésodermiques qui forment le stroma de la muqueuse ou de la musculature du rectum, ce sont des tumeurs conjonctives¹.

ADÉNOMES. — Leur structure a été étudiée par CORNIL et RANVIER², par LUSCHKA³. QUÉNU et LANDEL⁴ ont consacré à leur étude un important mémoire ; de même FÉLIZET et BRANCA⁵ dans le traité des maladies de l'enfance.

Les *tubes glandulaires* sont élargis, allongés, d'où leur forme sinueuse, irrégulière ; presque tous sont clos. Disposés par petits groupes, ils prolifèrent, se segmentent par division ou par bourgeonnement. Ce bourgeonnement peut même se faire à l'intérieur du tube qui se trouve tapissé de végétations à la façon d'un kyste prolifère.

L'*épithélium* est formé de cellules cylindriques, plus longues

¹ On peut rapprocher cette division de celle que nous avons établie plus haut à propos des rectites, en rectites glandulaires ou adénomateuses, et rectites conjonctives ou interstitielles. Le polype relève-t-il des mêmes causes ? Pourquoi n'observons-nous d'ordinaire qu'un seul polype ? Des recherches intéressantes pourraient être faites sur ces points.

² CORNIL et RANVIER. *Histol. pathol.*, 1881, p. 341.

³ LUSCHKA. *Virchow's Archiv.*, 1860, Bd. XX, p. 439.

⁴ QUÉNU et LANDEL. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 3, juin 1898, p. 487.

⁵ FÉLIZET et BRANCA. *Traité des maladies de l'enfance*, 1897, t. II, p. 736.

qu'à l'état normal, sauf dans le kyste où elles peuvent devenir cubiques, pavimenteuses, ou même disparaître.

La *membrane propre* est très inconstante.

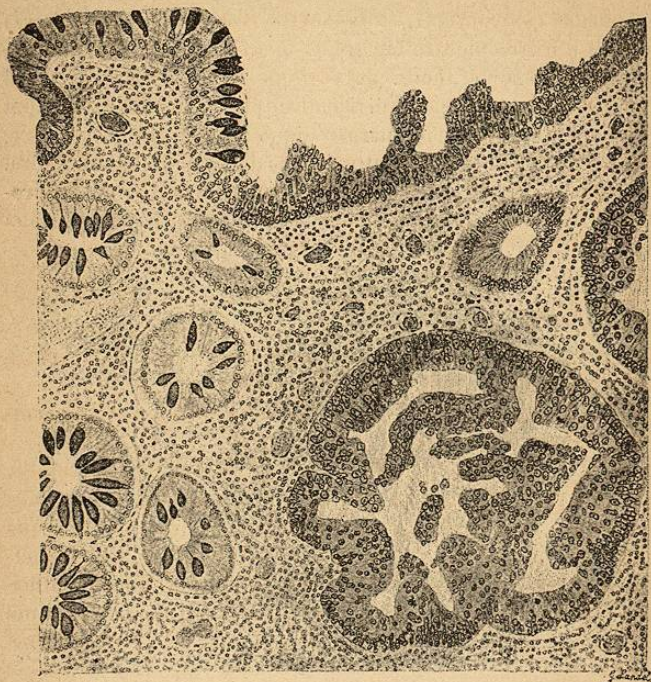


Fig. 36.

Coupe transversale d'un gros polype. Gross. 230 diamètres. — A gauche, adénome; à droite, épithélioma cylindrique. (QUÉNU et LANDEL.)

Le *stroma* est fibreux dans les parties les plus anciennement développées, embryonnaire, lâche, imprégné de lymphe dans les endroits où la glande bourgeonne (CORNIL et RANVIER).

La *muqueuse rectale* se présente comme un épithélium normal;

celui-ci ne tarde pas à se modifier; ses éléments deviennent petits, polymorphes et leur noyau se colore mal.

Quant au *pédicule*, il est formé de vaisseaux, de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses.

TUMEURS CONJONCTIVES. — L'analyse histologique d'un de ces polypes durs les montre formés de faisceaux conjonctifs parsemés d'un plus ou moins grand nombre de cellules fixes. La muqueuse qui les recouvre est normale, amincie, mais aussi parfois hypertrophiée et vasculaire. Il existe plusieurs observations de myomes ou fibro-myomes du rectum ayant revêtu la forme de polypes; le microscope montre leur richesse en fibres lisses (MALASSEZ) irrégulièrement disposées; on y trouverait aussi des faisceaux élastiques (BILLROTH).

Étiologie. — Nous ne savons rien de bien précis à cet égard, sinon que *l'âge* joue un rôle important: c'est en effet une affection de l'enfance que l'on observe surtout entre trois et quinze ans, mais qui est assez rare chez l'adulte.

Peut-être les polypes se rencontrent-ils un peu plus fréquemment dans le sexe masculin.

Quant aux maladies constitutionnelles la scrofule, la syphilis, l'arthritisme, leur influence semble très problématique. Nous n'en dirons pas de même des causes d'irritation locale, bien que leur action ne soit pas encore bien déterminée. On tend actuellement à faire jouer un grand rôle à l'infection dans la pathogénie des adénomes, qu'on incrimine des hématozoaires, comme le fait BELLELI¹, ou des staphylocoques, comme le pense P. DELBET.

Symptômes. — Le polype au début ne manifeste sa présence que par des symptômes assez vagues, de sorte qu'il peut passer inaperçu, surtout chez le jeune enfant. Ce sont des démangeaisons, des envies fréquentes d'aller à la selle, les défécations sont très pénibles, il se fait par l'anus un suintement muco-sanguinolent.

¹ BELLELI a trouvé dans un polype des œufs et des embryons de *Bilharzia hæmatobia*.

Plus tard apparaissent des signes plus constants et plus nets, ce sont les rectorrhagies, les troubles de la défécation, l'issue du polype.

Les *rectorrhagies* s'observent fréquemment. Au début elles consistent en quelques gouttes de sang tachant la chemise, ou en des glaires sanguinolentes qui recouvrent les matières expulsées. Puis les hémorragies qui ne se produisaient qu'en petite quantité et ne survenaient qu'à d'assez longs intervalles, deviennent plus fréquentes et plus abondantes (un demi-verre chez un malade de GOSSELIN); elles vont jusqu'à anémier considérablement le malade.

Les *troubles de la défécation* sont dus à la sensation de corps étranger que provoque la présence du polype; ils consistent en *faux besoins* de défécation que malgré leurs efforts les malades ne peuvent arriver à satisfaire. Ces efforts sont accompagnés d'épreintes au niveau de l'anus, de douleurs plus sourdes dans le bas-ventre et dans la région des reins. Ils peuvent, chez les sujets prédisposés, amener l'apparition de hernies inguinales ou autres.

Les *matières expulsées* lors de ces défécations, présentent parfois une *rainure correspondant au polype*, mais ce symptôme n'a pas l'importance qu'on a voulu lui donner, toute tumeur limitée au rectum pouvant le produire.

Les symptômes fonctionnels sont souvent si peu nets que c'est l'*issue du polype* qui constitue le premier phénomène de la maladie. A l'occasion d'une garde-robe un peu difficile, l'enfant fait un effort plus violent et expulse au dehors de l'orifice anal le polype. La réduction se fait spontanément au bout de quelques minutes, mais peu à peu, la tumeur sort plus facilement, à la moindre poussée, et la réduction en devient de plus en plus difficile.

Tels sont les symptômes ordinaires. L'irritation due au polype peut pourtant occasionner certains phénomènes réflexes qui en l'absence de tout signe physique, peuvent induire le praticien en erreur.

FÉLIZET et BRANCA¹ insistent sur les troubles du côté des *voies*

¹ FÉLIZET et BRANCA. *Loco cit.*

urinaires : « A maintes reprises, nous avons constaté de la rétention d'urine; une fois même, nous nous sommes trouvés en présence d'un complexus symptomatique qui nous fit croire un instant à un calcul vésical : rétention d'urine, douleurs de la miction, interruptions brusques du jet se trouvaient associées depuis plusieurs mois. Tous ces phénomènes disparurent avec l'ablation du polype. »

Pozzi a observé des symptômes de congestion utérine liés à la présence d'un polype et cessant après son ablation.

Il y a quelques années, j'ai opéré d'un polype glandulaire une fillette de dix ans. Ce polype s'engageait d'une façon intermittente à travers l'anus sous l'influence des efforts de défécation et provoquait du ténesme, des écoulements de glaires sanguinolentes pour lesquels je fus appelé. Cette enfant présentait de plus une toux incessante. L'extirpation du polype fut des plus simples : son pédicule relativement long et grêle expliquait son apparition intermittente. *La toux opiniâtre cessa complètement* après cette exérèse comme si le polype était le point de départ d'un réflexe laryngé.

Évolution. — Le polype est une tumeur bénigne à évolution ordinairement lente. Il est le plus souvent impossible de préciser l'époque à laquelle il a débuté à cause du peu de symptômes fonctionnels qu'il présente alors. Quelle que soit d'ailleurs la *durée* de son évolution, celle-ci est toujours la même. *Sessile tout d'abord*, la masse adénomateuse ou autre, sous l'influence soit des efforts, soit du passage des matières fécales, se pédiculise peu à peu. Le *pédicule* est large, puis il s'amincit, s'effile; si la longueur du pédicule le lui permet, le polype devient *proident*, d'abord d'une façon intermittente, au moment des défécations, plus tard d'une façon presque continue à l'occasion du moindre effort, de la marche, de la toux¹. Le pédicule peut se rompre et c'est là un mode de guérison spontanée qui d'ailleurs n'est pas très rare.

Le polype peut-il récidiver ? Il n'y a jamais de récidive au sens

¹ PERAIRE. Des polypes fibreux intermittents du rectum. *Rev. de Chir.*, 10 juin 1900, p. 7-13.

propre du mot, c'est-à-dire que le polype de nature bénigne ne se reproduit pas quand il a été extirpé complètement; mais le pédicule d'un polype dont l'extrémité seule a été entraînée peut, s'il est large, augmenter de volume et reproduire un nouveau polype.

Complications. — Les unes sont mécaniques, les autres inflammatoires.

1^o COMPLICATIONS MÉCANIQUES. — *Prolapsus du rectum.* — S'il est inexact de considérer le polype comme constitué par la muqueuse prolapsée et épaissie, on ne peut nier que bien souvent le prolapsus accompagne le polype. Mais c'est une *lésion secondaire* due à la traction qu'exerce le pédicule sur la paroi rectale. Le prolapsus est d'ordinaire *incomplet*, limité au point d'implantation, *partiel*, si la muqueuse se décollant des plans sous-jacents est seule entraînée, *total*, si toutes les tuniques du rectum suivent le mouvement de descente. C'est dans ces cas qu'un polype un peu haut situé sur la paroi antérieure du rectum peut entraîner à sa suite un petit cul-de-sac péritonéal au centre de son pédicule. La simple section du pédicule ouvre la cavité péritonéale et peut être suivie de graves complications infectieuses.

Rarement le *prolapsus est complet*; peut-être existe-t-il dans ce cas une prédisposition spéciale à la ptose.

Les *hémorroïdes* sont si fréquentes qu'elles sont presque la règle dans le polype, mais elles peuvent s'accompagner d'hémorragie ou d'autres symptômes fonctionnels, et acquérir un degré de développement tel qu'elles peuvent être considérées comme une véritable complication. L'hémorragie a parfois sa source dans le polype lui-même, mais le plus souvent c'est la muqueuse rectale qui saigne; il s'agit, comme on l'a dit, de véritables épistaxis rectales.

2^o COMPLICATIONS INFLAMMATOIRES. — *La rectite* se développe facilement au niveau de la muqueuse prolapsée, congestionnée, mise en état de moindre résistance. C'est à elle qu'il faut rapporter les écoulements glaireux, muco-purulents, d'odeur fétide,

ainsi que le ténésme, les épreintes, les douleurs brûlantes au moment de la défécation.

Ces douleurs peuvent durer et acquérir leur intensité maxima après la défécation, prenant ainsi le caractère des douleurs dues au spasme et caractéristiques de la *fissure*. GOSSELIN a insisté sur ces fissures liées au polype.

Si la rectite est intense, le polype peut se sphacéler; il existe sur la muqueuse des ulcérations plus ou moins profondes, portes d'entrée ouvertes à l'infection et qui expliquent le développement possible d'abcès de la marge de l'anus ou de la fosse ischio-rectale.

Diagnostic. — La notion d'âge est ici d'une importance capitale. Un enfant au-dessous de sept ans qui présente des troubles de la défécation, des hémorragies par le rectum, ne peut guère être atteint que d'un polype.

Ce diagnostic rationnel il faut le confirmer par l'examen physique. Le *toucher rectal* est pour cela absolument nécessaire. Il faut naturellement, chez l'enfant surtout, le pratiquer avec une grande douceur pour éviter au petit malade des souffrances inutiles et pour obtenir de lui qu'il se laisse bien examiner. Après avoir exploré le rectum en enfonçant l'index aussi profondément que possible et en lui imprimant des mouvements de rotation pour tout examiner, il faut refaire cette exploration en sens inverse, en revenant, de façon à ramener vers l'anus le polype s'il existe. On risquerait autrement de laisser passer inaperçue une masse même volumineuse qu'en raison de sa mollesse on prendrait pour la muqueuse et qu'on repousserait vers le rectum.

Si la tumeur est bas située et bien pédiculée, le doigt peut la ramener à l'extérieur et permettre ainsi de l'explorer directement. On y arriverait de même et peut-être plus facilement encore par une large irrigation du rectum. Par le toucher il est facile de reconnaître les tumeurs fibreuses extra-rectales développées en avant ou en arrière du rectum, ou celles qui siègent encore dans l'épaisseur des parois.

L'examen au *speculum* ne se pratique guère que si le toucher