

Un accident très-grave qui peut se produire à la suite des opérations d'entérotomie lombaire, c'est l'invagination. Dans un cas opéré par Maisonneuve, on apercevait à la région lombaire deux appendices très-longs; le supérieur présente à son extrémité une perforation par laquelle les matières s'échappent de temps en temps et non d'une manière continue; l'appendice inférieur présente une portion plus étroite, qui ne livre passage qu'à des mucosités. Ces deux diverticules, qui aboutissent à l'ouverture de l'anus artificiel, présentent un phénomène curieux. C'est tantôt le supérieur qui est dilaté, et cette dilatation coïncide avec l'afflux des matières stercorales; tantôt l'inférieur: ce dernier phénomène s'observe quand l'enfant fait des efforts ou pousse des cris et l'on voit alors des mucosités s'échapper en abondance. Cette procidence de la muqueuse intestinale pouvant, comme dans le cas cité par Larrey, devenir irréductible, constitue, ainsi que l'a fait remarquer le sagace chirurgien, une objection sérieuse contre la méthode.

Cette procidence de la muqueuse est commune aux deux méthodes; mais la saillie formée par les tuniques internes de l'intestin dans les anusiliaques est moins considérable et présente une forme ovoïde (fig. 101). M. Goyrand a fait remarquer que, dans ces cas, ce n'étaient pas seulement les tuniques internes qui constituent la

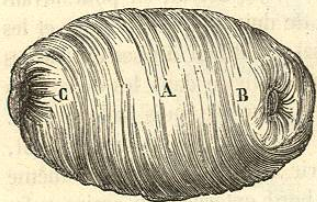


FIG. 101. — Procidence de la muqueuse intestinale dans l'anus contre nature après une entérotomie lombaire.

tumeur, mais encore la portion de l'intestin qui, substituée en ce point à la paroi du ventre, ne peut résister à l'impulsion des viscères flottants et se renverse, en formant une sorte de poche séreuse à l'intérieur, muqueuse en dehors. Pour opposer une résistance à l'impulsion des viscères abdominaux, Goyrand exerce une compression modérée sur la saillie muqueuse au moyen d'une compresse plusieurs fois repliée et fixée par une bande en spica sur la tumeur préalablement couverte d'une compresse fine imbibée d'huile. Grâce à l'action de cet appareil, la sortie de l'intestin est prévenue, ou elle est réduite lorsqu'elle s'est formée; la figure 108 en offre un exemple. Pendant la cicatrisation de la plaie, l'action du bandage doit être faible; il n'en est plus de même lorsque l'ouverture de l'anus artificiel est bien organisée; on peut ne plus craindre de presser pour prévenir l'extroversion de l'intestin.

Pour parer à cette procidence de la muqueuse intestinale après la méthode lombaire, et mettre mieux que par la compression conseillée par Goyrand l'enfant à l'abri de l'invagination de la muqueuse intestinale (1), au lieu de se borner à

(1) L'artiste a oublié, en dessinant cette figure, de la retourner, de sorte que l'anus artificiel est représenté dans la région lombaire droite au lieu de la gauche; il nous suffit de signaler cette erreur pour la réparer.

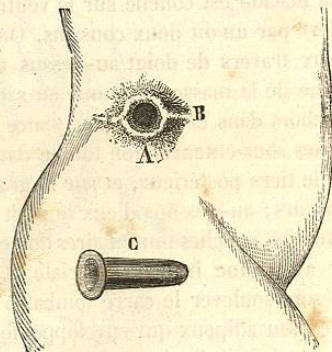


FIG. 102. — Imperforation du rectum. Entérotomie lombaire.

ouvrir la paroi du côlon, et de maintenir ainsi la continuité de l'intestin, Amussat a eu l'heureuse idée d'amener le côlon au dehors, et de mettre toute la circonférence de la muqueuse intestinale en rapport avec les lèvres de la plaie faite à la peau, puis de l'y fixer par des points de suture. La mise en œuvre de cette modification présente des difficultés et l'on trouvera signalées dans les notes du savant chirurgien les précautions à prendre pour en assurer le succès. Ce qui nous importe ici, c'est d'en mettre en relief les avantages, car ils sont considérables. En effet le nouveau procédé opératoire ferme la partie du côlon qui est située au-dessous de l'anus artificiel, et s'oppose ainsi à ce que les matières excrémentielles liquides y puissent pénétrer. Ces matières ne pouvant plus s'échapper que par l'ouverture lombaire A, Amussat a tenté de la fermer à l'aide d'un bouchon de caoutchouc C (fig. 102), dont la forme est représentée dans la gravure ci-dessus. Ce bouchon est maintenu en place à l'aide d'un bandage de corps étroit; lorsqu'on l'enlève, l'intestin se vide. Un enfant ainsi traité a atteint l'âge de cinq ans, sans qu'aucun accident dû à son anus artificiel se fût manifesté; et il jouissait d'une santé excellente.

CHAPITRE II

CHUTE OU PROLAPSUS DU RECTUM

On donne le nom de *chute du rectum*, et de *prolapsus du rectum* au renversement de la muqueuse de cet intestin hors de l'anus, ou au renversement du rectum lui-même par invagination.

§ I. — Prolapsus de la muqueuse du rectum.

Le *prolapsus de la muqueuse* est plus fréquent que l'*invagination*; c'est une lésion très-commune chez les jeunes enfants, et que j'ai observée un grand nombre de fois. Elle existe ordinairement en même temps que la diarrhée, et peut être produite par l'usage des purgatifs trop violents. Elle succède à une constipation prolongée qui exige de grands efforts pour rendre les matières stercorales. On dit aussi qu'elle peut être causée par l'état saburral des voies digestives, par la présence de vers intestinaux, ou d'un calcul dans la vessie, mais il n'y a rien de positif à cet égard. Les polypes du rectum amènent aussi ce déplacement, qui cesse dès qu'on a enlevé le polype.

Sous l'influence plus ou moins active de ces causes différentes, la muqueuse rectale, qui est assez mobile sur les parois du rectum, sort de l'anus, et fait une procidence plus ou moins considérable, sous forme d'un bourrelet rougeâtre, plissé transversalement et couvert de mucosités gluantes. Ce bourrelet présente au centre un orifice qui n'est autre que l'ouverture de l'intestin. En dehors, la muqueuse se termine au sphincter sur les bords de l'anus, en se continuant avec la peau dont la sépare une simple rainure, tandis que dans l'invagination du rectum le doigt pénètre dans l'intestin entre le bourrelet et le sphincter de l'anus.

Pronostic. — Le *prolapsus de la muqueuse du rectum* n'est pas grave chez les enfants; il n'a de gravité que chez l'adulte et chez le vieillard. Dans le jeune âge, il ne cause pas d'accidents sérieux, et chez la plupart des malades sa cure radicale peut être obtenue sans opération. Dans quelques cas rares, ce déplacement peut devenir mortel par suite de l'étranglement de la tumeur, lorsque la gangrène s'en empare. C'est ce qui a été vu par plusieurs médecins et par Marjolin dans un fait que j'ai publié dans les précédentes éditions de cet ouvrage.

Traitement. — Il faut mettre en usage, pour guérir la chute du rectum, des remèdes appropriés à la cause de laquelle elle dépend; mais quand elle persiste après que toute cause occasionnelle a disparu, on a la preuve qu'elle n'est entretenue que par le relâchement de l'intestin, et c'est sur l'intestin lui-même qu'il faut agir.

Il faut entretenir la liberté du ventre, et, par un bon régime, fortifier l'organisme.

Ensuite il faut employer les lotions astringentes et les compresses trempées dans du vin rouge, dans de l'eau blanche, dans une solution de sulfate de zinc ou d'alun, à 3 grammes pour 300 grammes d'eau. On peut recourir aux bains de siège dans l'eau froide, dans la décoction de quinquina, dans la solution de tannin, d'alun ou de sulfate de fer. On peut employer les applications de glace, les compresses saupoudrées de myrrhe, d'encens, de sang-dragon, ou bien imprégnées de la vapeur de térébenthine brûlée sur des charbons ardents; les suppositoires composés de fleurs de grenadier et d'écorce de chêne incorporées dans du miel.

Quand un enfant est exposé au prolapsus du rectum, il convient, ainsi que l'indique Underwood, de prendre la précaution de soutenir avec deux doigts les bords de l'anus pendant la défécation. Si l'enfant n'est pas assez âgé ou assez intelligent pour remplir cette prescription, on peut y employer un domestique.

Dans la défécation, il faut que l'enfant soit assis sur un siège assez élevé pour que ses pieds ne touchent pas le sol; s'il est un peu âgé, il faut qu'il demeure debout autant que possible. De cette manière, les contractions du diaphragme et des muscles droits agissent avec moins d'effort sur le rectum, que dans la position accroupie ordinairement adoptée pour l'expulsion des matières fécales. Mais ces précautions ne sont pas toujours nécessaires; elles ne deviennent indispensables que dans le cas où la maladie dure depuis très-longtemps, et où la portion d'intestin qui s'échappe au dehors est très-considérable.

S'il arrivait, chose rare chez un enfant, que la muqueuse, une fois sortie, fût étranglée par le sphincter et formât un bourrelet trop engorgé ou enflammé, il faudrait donner un lavement avec de l'eau froide, et quelques gouttes d'extrait de Saturne ou de laudanum. Après une ou deux heures, l'intestin fluxionné se dégorge et rentre doucement sous l'influence du remède sédatif qui a fait cesser le spasme du sphincter de l'anus.

Quand le prolapsus persiste, il faut opérer la réduction de la muqueuse au moyen du taxis. Bell employait un cône de papier humide et huilé au dehors. Ce cône, mis sur le doigt, était introduit dans l'ouverture du bourrelet muqueux, et, poussé légèrement en haut d'une façon continue, servait à réduire la portion pendante du rectum. Une fois la réduction opérée, on retirait le doigt, puis le cône de papier, sans crainte de ramener l'intestin au dehors.

Quelques personnes mettent les enfants entre leurs jambes, la tête basse, les fesses relevées, et elles pèsent sur la tumeur qu'elles finissent par faire rentrer.

Pour mon compte, j'emploie le moyen que conseille Boyer et qui m'a toujours réussi. Il consiste à mettre un linge fin enduit de cérat sur le bourrelet, puis à pousser du doigt vers l'intérieur, de manière à faire rentrer la muqueuse; une fois réduite, on maintient les parties d'une main pendant qu'on retire le doigt et le linge introduits dans l'anus. C'est le procédé de Bell modifié par la substitution d'un linge à un cornet de papier.

Les enfants très-jeunes, qui sont depuis longtemps exposés à la chute du rectum, doivent être assis sur un tabouret dur et plat, ou bien sur une chaise sans bras et assez haute pour qu'ils ne puissent pas toucher le sol avec leurs pieds. Il faut en

outre leur mettre un bandage contentif sur l'anus et, s'ils sont grands, employer celui que conseille Boyer. Ce bandage se compose : 1° de deux bretelles à élastiques de laiton, qui se joignent en avant et en arrière par leurs extrémités garnies d'une boucle; 2° d'une pelote ovale un peu molle, convexe du côté de l'anus, concave du côté opposé; 3° de deux courroies, dont l'une, simple, est fixée à l'extrémité postérieure de la pelote, et l'autre, double, est attachée à son bout antérieur : la courroie postérieure monte derrière le bassin et va se fixer à l'extrémité postérieure des bretelles au moyen de la boucle qui s'y trouve; les deux parties de la courroie antérieure, après avoir passé au côté interne des cuisses, se réunissent antérieurement vers le milieu du ventre en une seule bande qui s'attache à la boucle placée à l'extrémité antérieure des bretelles, ce qui donne au malade la facilité, même en marchant, de relâcher et de serrer à volonté son bandage. Les courroies doivent, comme les bretelles, être élastiques, afin qu'elles puissent s'allonger ou se raccourcir pour se prêter aux différents mouvements du malade.

Lorsque la chute du rectum ne peut être maintenue par ce bandage, on peut avoir recours à un autre moyen également employé avec succès par Boyer. Il consiste à pousser dans le fondement une grosse mèche de charpie enduite de cérat. Quand cette mèche est introduite, on place sur l'anus un gros tampon de charpie, on met une compresse sur ce tampon, et le tout est soutenu avec un bandage en T double.

§ II. — Invagination du rectum.

L'invagination du rectum n'a de commun avec le prolapsus du rectum que la présence d'une tumeur rougeâtre molle, qui fait saillie à travers l'anus. Cette tumeur varie de quelques centimètres à 40 et 80 centimètres, ainsi que Fabrice d'Acquapendente, Haller, Murat, Saviard, en ont vu des exemples. C'est le colon et le rectum invaginés qui sortent par l'anus. Cette lésion est rare chez les enfants. Thomas Blizard en cite un cas observé chez un enfant de quinze mois, qui présentait une invagination rectale de 16 centimètres comprenant la plus grande partie du colon.

Cette lésion est accompagnée de douleurs, de coliques, de vomiturations, de vomissements, de ténésme et de l'impossibilité d'aller à la garde-robe et d'uriner.

Elle n'est pas grave si l'invagination n'est pas considérable et peut être réduite; elle devient rapidement mortelle, au contraire, quand elle est irréductible et compliquée d'accidents d'étranglement.

Traitement. — A l'aide du doigt coiffé d'un cornet de papier ou de linge, il faut repousser la tumeur dans le rectum; ensuite, à l'aide de lavements ou de douches ascendantes, on essayera de rendre cette réduction plus complète et définitive. On pourra aussi se servir dans ce but d'une sonde de gomme élastique terminée par un renflement considérable, destiné à repousser au-devant d'elle la portion invaginée.

En cas d'étranglement, on a conseillé l'incision du sphincter de l'anus pour faciliter la réduction, ou l'excision partielle de la tumeur ou sa cautérisation, etc.; mais ce sont là des opérations impraticables chez les jeunes enfants et qui doivent être réservées pour l'adulte.

Quelques chirurgiens ont employé contre le prolapsus et l'invagination du rectum des opérations sérieuses. C'est un tort. Comme la maladie peut guérir sans ces moyens extrêmes, il n'y faudrait recourir que dans les cas d'absolue nécessité, et ces cas sont ceux dans lesquels le prolapsus est accompagné d'hémorragies abondantes. Ces moyens sont l'excision et la cautérisation.

L'excision totale ou partielle de la tumeur non réduite n'a été que rarement pratiquée, mais après réduction de la tumeur on a quelquefois fait l'excision des plis rayonnés de l'anus. Dupuytren pratiquait souvent l'excision longitudinale de quelques lambeaux de la muqueuse, à l'aide d'une pince et de ciseaux courbes, mais la fréquence des hémorrhagies lui a fait remplace le procédé par la seule excision des plis rayonnés de la peau et de la muqueuse anale.

La cautérisation se pratique avec le fer rouge ; employée par les anciens, par Sabatier, Bégin, Sédillot, Malgaigne et la plupart des chirurgiens. On peut agir de deux manières : 1^o réduire la tumeur, convertir en eschare les parties proéminentes avec un cautère en roseau et un cautère en plaque, ou bien faire des raies de feu sur ces parties ; 2^o réduire la tumeur et cautériser l'anus dans une étendue d'un centimètre avec un cautère en olive, ou bien faire seulement des mouchetures de feu sur le pourtour de l'anus. Ce dernier procédé est le meilleur. Il faut, après avoir mis les malades à la diète et nettoyé l'intestin par un lavement, anéantir la sensibilité à l'aide du chloroforme.

Alors l'enfant étant couché sur le côté, les cuisses fléchies sur le bassin et la tumeur réduite, un aide écarte une fesse, le chirurgien écarte l'autre et garde la main droite pour la cautérisation.

Il faut, à l'exemple de Guersant, se servir d'un petit cautère de la forme de ceux qu'emploient les dentistes, d'un simple stylet d'acier recourbé, ou encore d'une pointe métallique montée sur un petit cautère sphérique, analogue à celle qui sert à la cautérisation des tumeurs érectiles. L'important, dans cette opération, consiste dans l'application de la petite pointe métallique portée dans les quatre points différents du pourtour de l'anus : l'un à la partie postérieure correspondant au coccyx, l'autre en avant, vis-à-vis du précédent, et les deux derniers latéralement. Ces cautérisations réussissent d'autant mieux qu'elles intéressent la peau et pénètrent jusqu'au sphincter, et il est indispensable, pour le succès, de bien écarter le pourtour de l'anus et de porter les pointes de feu, en les enfonçant de quelques millimètres, juste à la réunion de la peau avec la muqueuse.

Si, pendant l'opération, la sortie du rectum se produit, on incline le bourrelet du côté opposé à la cautérisation.

Après l'opération, il suffit, pour tout pansement, d'employer des lotions fraîches.

Quelques-uns des enfants sont guéris dès le lendemain de l'opération, mais c'est le plus petit nombre. Il arrive que la chute reparait plusieurs jours, et que la guérison n'a lieu qu'au bout de huit à dix jours, lorsque la cicatrisation est complète. C'est à cette époque que parfois une seconde cautérisation est nécessaire, mais cela est rare. L'incision de Dupuytren n'intéresse que la peau. Avec les pointes de feu, on transperce la peau et l'on atteint le muscle ; et de plus, comme dans la plupart des opérations faites avec le fer rouge, on n'a pas à redouter les érysipèles et les phlegmons comme avec l'instrument tranchant.

Cette opération n'est pas sans danger chez de jeunes enfants. Outre l'emploi du chloroforme qui est nécessaire, la brûlure de la muqueuse se convertit quelquefois en fissure très-douloureuse pouvant durer un mois, comme on l'a vu sur plusieurs malades ; ou bien elle est le point de départ d'ulcérations circulaires très-douloureuses, à fond gris et à bords très-durs, qui résistent à tous les moyens.

Enfin, nous rappellerons les expériences du docteur Duchaussoy avec la strychnine. Voulant redonner du ton aux muscles de la défécation qui en manquaient, il a imaginé d'appliquer à la marge de l'anus de petits vésicatoires à l'am-

moniaque, pansés avec cet alcaloïde, et ses tentatives ont été couronnées de succès (1). Voici une observation concluante :

OBSERVATION. — Une fille de douze ans est atteinte depuis quatre ans d'une chute de rectum, qui est arrivée progressivement à 10 centimètres de longueur. Cette enfant porte des signes de scrofule, et elle est ordinairement constipée. La dilatation de l'anus permet l'introduction de quatre doigts.

Le 13 au soir, il lui pose un petit vésicatoire dans le point où Guersant applique sa première pointe de feu, et il panse avec un centigramme de strychnine. Il élève successivement la dose jusqu'à 3 centigrammes en posant deux nouveaux vésicatoires ; l'enfant éprouve des soubresauts dans les membres inférieurs ; et la muqueuse, qui avait continué de sortir dans les premiers jours du traitement, ne sort plus le 18 du même mois, c'est-à-dire au bout de cinq jours.

M. Demarquay a obtenu une guérison par la galvano-puncture ; mais il a dû, quinze jours de suite, galvaniser les sphincters et le releveur pendant quelques minutes.

CHAPITRE III

POLYPES DU RECTUM

Les polypes du rectum sont assez rares chez les jeunes enfants ; cependant Stoltz, J. Bourgeois (2), Perrin, Dufresse-Chassaigne et moi en avons observé des exemples. Ils sont plus communs dans la seconde enfance, et là j'en ai observé une dizaine d'exemples. Ces polypes, d'un volume ordinairement peu considérable, ont de 1 à 2 centimètres de diamètre ; ils sont généralement charnus, et offrent une structure cellulo-vasculaire ou fibreuse. Ils tiennent par un pédicule à la muqueuse, et semblent résulter de l'hypertrophie d'un des follicules du rectum. Ils sont de couleur rosée, homogènes, quoique granuleux, mamelonnés et très-résistants sous le doigt. Ils laissent presque toujours suinter un peu de sang sous l'influence de la pression extérieure.

Dans un cas, l'examen histologique fait par Nepveu a donné les résultats suivants :

« Le polype, coupé en tranches minces, a été durci dans l'alcool ; les coupes, colorées par le carmin, ont été laissées quelques minutes dans une solution alcoolique saturée d'acide oxalique. L'épithélium a presque entièrement disparu de la surface de la tumeur. Au milieu d'un tissu conjonctif très-abondant, on trouve des coupes longitudinales ou perpendiculaires des tubes glandulaires tapissés d'épithélium cylindrique. Cet épithélium est normal. En quelques points, les tubes glandulaires offrent un aspect irrégulier, et, si l'on vient à chasser par le pinceau les cellules épithéliales, on voit nettement la trame conjonctive et les cavités épithéliales irrégulières, dont l'ensemble offre par leur ampleur et leur forme irrégulière l'aspect général du stroma d'une petite tumeur érectile. »

Symptômes. — Les polypes du rectum restent assez longtemps sans donner signe de leur présence, puis ils sont l'occasion d'une petite hémorrhagie qui vient tous les six, huit ou dix jours ; quelquefois, au contraire, cette hémorrhagie est assez fréquente et chaque fois assez abondante pour jeter les enfants dans l'anémie et pour compromettre sérieusement leur existence. Cet écoulement du sang vient ordinairement avec les garderobes, et semble provoqué par le passage des matières

(1) Duchaussoy, *Gazette des hôpitaux*, août 1853.

(2) Bourgeois, *Bulletin général de thérapeutique*, 1842.

endurcies ; il est accompagné de douleurs vives produites par les érosions et quelquefois des fissures de la muqueuse du rectum.

Les enfants ont tous de la constipation, mais ils ne sont pas autrement malades. On ne voit d'abord rien à l'orifice de l'anus, et, pour arriver à un diagnostic, il faudrait pénétrer avec le doigt dans le rectum. C'est là une exploration difficile, très-douloureuse, et qu'il ne faudrait exécuter que dans le cas de nécessité absolue. Plus tard, le polype, entraîné par les efforts de la défécation et peut-être aussi par les matières, vient par intervalles se montrer au dehors. C'est alors seulement que le diagnostic acquiert toute la certitude désirable. On les prend très-souvent pour des hémorroïdes, mais le toucher et l'inspection des parties permettent de lever tous les doutes, et d'ailleurs les hémorroïdes n'existent pas chez les enfants.

Traitement. — Ces polypes ne constituent généralement pas une maladie grave, et, à moins d'hémorrhagie considérable, n'exigent pas un traitement précipité. On peut attendre, on doit même attendre, sauf circonstances particulières, que le polype vienne se montrer à l'orifice de l'anus. C'est alors qu'il faut l'opérer. Le moyen à employer et qui m'a toujours réussi est l'*arrachement avec le doigt* ou avec des pinces à polype. C'est le moyen conseillé par J. Bourgeois, mis en usage par Perrin, dans un cas publié dans les précédentes éditions de cet ouvrage et que j'ai employé chez plusieurs enfants.

En voici une observation recueillie chez un enfant de deux ans :

OBSERVATION I. — Chez un enfant fort bien constitué et qui n'avait jamais rendu de sang dans les garde-robes, Dufresse trouva l'anus bouché par une petite tumeur grosse comme une noisette, violacée, et d'une consistance qui ne permettait pas de la confondre avec un bourrelet formé par la membrane muqueuse. En exerçant quelques tractions sur elle pour voir d'où elle venait et où elle adhérait, Dufresse vit son pédicule se rompre juste à son niveau avec la tumeur, qui se détacha comme un fruit mûr. Au moment où elle fut séparée de son pédicule, il s'écoula un peu de sang. Depuis ce moment l'enfant n'a présenté aucun accident.

Les choses se sont passées de la même façon dans les observations rapportées par Raymondaud, et où l'on a vu l'arrachement réussir à merveille.

OBSERVATION II. — Émile C..., garçon de dix ans, rendait depuis quelque temps du sang par l'anus, chaque fois qu'il allait à la selle. Il sentait alors échapper avec les matières fécales un corps qui rentrait de lui-même quand il se relevait. Pendant les efforts de défécation opérés en présence du médecin, celui-ci vit sortir avec un bol stercoral une petite tumeur rouge, d'aspect framboisé, qui, retenue par son pédicule, resta étroitement appliquée à l'orifice de l'anus contracté. Raymondaud posa un fil autour de ce pédicule, et, sous l'influence d'une constriction assez forte, la tumeur se détacha.

OBSERVATION III. — Un autre enfant de quatre ans était pâle, faible, ce qui inquiétait beaucoup les parents, d'autant plus qu'on trouvait toujours du sang mêlé aux matières fécales. Cependant l'enfant mangeait beaucoup, digérait bien et avait toute la gaieté de son âge. Raymondaud supposa que chez lui aussi il y avait un polype du rectum.

L'index fut introduit dans l'anus, et à 4 centimètres au moins de hauteur, un petit corps charnu fut reconnu, mou, sphéroïdal, mobile, mais retenu par un pédicule à la paroi postérieure du rectum.

Raymondaud ayant pressé assez fortement la face supérieure de la tumeur, amena celle-ci au dehors. Elle avait la grosseur d'une petite fraise. Une heure après, l'enfant fit une selle qui contenait une assez grande quantité de sang. Depuis, le sang n'a pas reparu.

Quand l'hémorrhagie causée par le polype est très-faible, et ne vient que tous les six, huit ou dix jours, on peut attendre et différer l'opération. Si, au contraire,

l'écoulement du sang est considérable et assez fréquent pour affaiblir la constitution et amener l'anémie, ce qui arrive assez souvent, il faut se décider à enlever la source du mal.

Stoltz a conseillé de détruire les polypes du rectum chez les enfants par la ligature du pédicule et l'excision immédiate au-dessous du fil. Ce précepte est fort bon et met au-dessus des dangers d'une hémorrhagie ; mais il est quelquefois d'une pratique difficile, et sous ce rapport il ne vaut pas le procédé de J. Bourgeois. Ce médecin arrache purement et simplement le polype au moyen des doigts, ainsi qu'on peut le voir dans l'observation que je viens de rapporter. Quatre fois ce procédé a été mis en usage par l'auteur, une fois par Perrin, deux fois par Raymondaud, une fois par Dufresse ; toujours il a réussi sans accidents et sans causer la moindre hémorrhagie. C'est celui que je conseille de mettre en usage et que j'ai employé une dizaine de fois.

CHAPITRE IV

FISSURE A L'ANUS.

La fissure à l'anus s'observe quelquefois chez les enfants à la mamelle. Elle est plus commune dans la seconde enfance. J'en ai recueilli huit observations. Elle a été signalée en 1844 par le docteur Fayon, d'Aix ; par Mérat, par Mabboux (1), par Houghton et quelques autres médecins. Elle résulte de la constipation et est causée par les efforts de défécation et par la déchirure superficielle de la muqueuse qui tapisse le sphincter de l'anus. Elle est l'origine des cuissons et des douleurs brûlantes qui suivent chaque garde-robe. Elle détermine quelquefois à ce moment la sortie de quelques gouttes de sang ; mais ce n'est jamais une hémorrhagie considérable. On trouve à l'orifice de l'anus entre les plis une petite excoriation étroite et longue dans la direction des plis de l'ouverture anale et qui est très-douloureuse à la pression du doigt. J'ai vu un cas où il y avait au contraire plusieurs fissures, mais cela est rare.

La fissure à l'anus doit être traitée par les délayants à l'intérieur dans le but de combattre la constipation, ou par les suppositoires de beurre de cacao opiacé pour calmer la douleur. Pour guérir la fissure il faut essayer de le faire par les lavements astringents, avec le sulfate de zinc, 50 centigrammes pour 100 grammes d'eau ; — avec le tannin, 1 gramme pour 100 grammes d'eau ; avec l'extrait de ratanhia, 1 gramme pour 80 grammes de liquide. Le ratanhia peut être incorporé à des suppositoires et réussit très-bien. Voici à ce sujet deux observations publiées par Trousseau.

OBSERVATION I. — Petite fille âgée d'un an, habituellement bien portante, sujette, depuis sa naissance, à une constipation qui a particulièrement augmenté depuis quatre mois. L'enfant ne va à la selle que tous les trois ou quatre jours, et pousse des cris violents au moment de chaque garde-robe. La douleur semble commencer avec l'effort de défécation, et paraît très-vive pendant le passage des matières fécales à travers l'anus.

Depuis un mois environ, la constipation devenant un peu plus opiniâtre, la défécation est encore plus douloureuse, et, à chaque garde-robe, l'enfant rend quelques gouttes de sang qui sortent, soit avant, soit après les fèces, mais ne sont jamais mélangées avec elles.

Le pourtour de l'anus est parfaitement sain ; mais en écartant profondément les plis, on voit, à la partie antérieure et entre deux plis, une fissure large de 1 milli-

(1) Mabboux, *Union médicale*, 1876, p. 785.

mètre environ, longue d'à peu près 5 millimètres, un peu profonde, de couleur rosée, et d'autant plus facile à apercevoir que l'enfant, poussant des cris, fait effort comme pour aller à la garde-robe. La constriction du pourtour de l'anus est telle, qu'on a peine à y introduire l'extrémité du doigt (Trousseau).

OBSERVATION II. — Un petit garçon, âgé de huit mois, sevré trop tôt, fut pris d'une diarrhée violente à laquelle succéda une constipation opiniâtre.

Cet état durait depuis huit jours déjà, lorsque l'enfant fut pris, pendant la défécation, d'une douleur excessivement vive. Les matières fécales, ce jour-là, furent tachées d'un peu de sang.

Depuis ce moment, à chaque garde-robe, l'enfant est pris de douleurs très-vives pendant les efforts de défécation, et chaque fois un peu de sang bien pur tache les fèces sans se mélanger avec elles.

En examinant l'anus, on put constater un peu d'érythème, mélangé d'eczéma presque complètement éteint, et l'existence, entre deux plis de l'anus, d'une fissure large d'à peu près 2 millimètres, longue d'au moins 1 centimètre, un peu profonde, de couleur rose, et qui se développait très-nettement, lorsque l'enfant faisait effort de défécation. L'anus, d'ailleurs, était le siège d'une constriction considérable. (Trousseau.)

Chez ces deux petits malades, la prescription fut :

Extrait de ratanhia.....	1 gramme.
Eau.....	100 grammes.

Pour un lavement chaque jour.

Cette médication réussit à merveille et elle amena la guérison chez le petit garçon au bout de trois jours, et chez la petite fille au bout de neuf.

En 1874, le docteur Houghton, de Dudley (Angleterre), qui crut avoir découvert la fissure chez les petits enfants, en a vu un cas chez une fille de un an et demi et l'a opérée par incision et chloroformisation. C'est une opération dont il aurait bien pu se dispenser. Mais si l'on ne doit pas faire l'incision, on peut faire la *dilatation forcée*.

CHAPITRE V

DES HÉMORRHOÏDES CHEZ LES ENFANTS

Les gens étrangers à la science parlent quelquefois d'hémorrhoides chez les enfants. C'est souvent une erreur. Boyer dit les avoir observées dans les premiers mois qui suivent la naissance, tout en insistant sur leur extrême rareté; des observations ont été publiées par Klein, par Truka; enfin Lannelongue dit en avoir observé deux cas, avec cette particularité que dans l'un la tumeur a débuté quelques jours après la naissance. Dans l'enfance, il n'y a pas plus d'hémorrhoides que de varices. Ce que l'on prend pour des hémorrhoides ne sont que des polypes du rectum, et chaque fois qu'on m'a amené des enfants ayant, disait-on, des hémorrhoides, je n'ai jamais trouvé autre chose qu'un polype rectal.

CHAPITRE VI

TUMEURS COCCYGIENNES

On voit de temps à autre des tumeurs du coccyx et de la partie postérieure du sacrum et du périnée chez les enfants nouveau-nés. Quelques-unes du sacrum appartiennent au spina-bifida. Les autres semblent une maladie de la glande coccygienne — et sont souvent prises pour des tumeurs cancéreuses.

Depaul en a vu une à la région périnéale dont les éléments étaient des myclocythes et qui adhérait au coccyx par un pédicule fibreux. D'autres étaient formées de tissu fibro-plastique à fibres fusiformes avec quelques éléments fibreux osseux et cartilagineux. D'autres étaient un simple kyste de 170 grammes de liquide séreux ponctionné et guéri. Enfin Panas en a vu une qui avait, sur le vivant, la grosseur d'une orange et était parcourue par d'énormes veines variqueuses; on n'y constatait ni battements ni bruits anormaux.

L'enfant ayant succombé le neuvième jour après sa naissance, on a pu faire la dissection et l'examen histologique de la tumeur. Elle avait 17 centimètres dans son plus grand diamètre et s'étendait du coccyx à l'orifice anal, qu'elle avait refoulé en avant en pénétrant dans la cavité pelvienne. Elle était appendue au coccyx par un large pédicule et n'avait aucune communication avec le canal vertébral.

L'examen histologique a montré qu'elle était constituée par des cellules sphériques à noyaux, des cellules fusiformes, des globules du tissu conjonctif, des noyaux cartilagineux; enfin, et c'est ce qui a le plus particulièrement frappé l'attention de M. Panas, par des cellules épithéliales cylindriques munies d'appendices ciliés.

LIVRE XIII

MALADIES DU PÉRITOINE. — PÉRITONITE

La péritonite, ou inflammation du péritoine, est une affection très-commune chez les enfants nouveau-nés. Elle a été signalée par Billard, par Dugès, par Thore et par Isidore Henriette, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés de Bruxelles. — On l'observe également dans la seconde enfance, et alors elle se présente sous trois formes : — la péritonite *traumatique*, — la péritonite *simple*, — et la péritonite *tuberculeuse*. — Les unes et les autres existent à l'état *aigu* et à l'état *chronique* (1).

Causes. — La péritonite se développe quelquefois sur le fœtus encore renfermé dans le sein de sa mère, et elle constitue la *péritonite congénitale*. Billard, Dugès et Simpson (2) en ont rapporté de nombreux exemples.

En voici un publié par Virchow dans lequel la péritonite était non-seulement *congénitale*, mais *héréditaire* ou du moins liée à un trouble permanent quoique inconnu de l'organisme maternel.

OBSERVATION I. — *Péritonite congénitale* (Virchow). — La mère, âgée de trente ans, portait une division du palais. Elle avait mis au monde six enfants, dont l'aîné se portait bien. Les trois derniers étaient morts peu après la naissance, tous trois avec de l'ascite. Pendant la dernière grossesse, cette femme se portait bien, l'accouchement se fit facilement et fut suivi de l'écoulement d'une grande quantité d'eau; le placenta était énorme. Le fœtus paraissait être arrivé au septième mois environ. Son abdomen était fortement distendu par un liquide brun rougeâtre; les intestins étaient en grande partie couverts de flocons fibrineux, le mésentère rigide, rétracté comme par un tissu cicatriciel. Le foie et la rate étaient volumineux, les autres organes sains.

La péritonite se manifeste très-fréquemment après la naissance et pendant le premier mois de la vie. Alors son apparition coïncide souvent avec l'existence des

(1) Bouchut, voyez, p. 536, le chapitre consacré à l'ENTÉRITE TUBERCULEUSE ou CARREAU.
(2) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique*, trad. par G. Chantreuil. Paris, 1874.