

préférence; sa durée sera courte, réduite au strict minimum nécessaire à l'expulsion, et immédiatement le prolapsus sera réduit, puis maintenu pendant une demi-heure environ, puis on lèvera l'enfant. Une selle par jour, régulièrement, ai-je dit; cela implique une surveillance attentive pour obtenir, par l'hygiène alimentaire et au besoin par les médicaments appropriés, la cessation soit de la diarrhée, soit plus souvent de la constipation dont ces enfants sont volontiers atteints.

Localement, on agit sur le rectum par les lavements boriqués froids qui calment la rectite, on met en usage les propriétés astringentes du ratanhia, mais surtout on s'occupe de l'état général : par le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, les bains salés, l'alimentation bien réglée et bien choisie, on traite le rachitisme dont tous ces enfants sont entachés.

Par le traitement ainsi conduit, on obtient une amélioration rapide : le prolapsus devient moins gros, puis il ne sort plus à chaque selle, puis ses chutes s'espacent notablement et enfin deviennent nulles. Si la mère obéit aux prescriptions que je viens d'énumérer, la guérison est à peu près constante : et pour mon compte personnel je n'ai jamais dû recourir aux boutons de feu de Dupuytren, aux raies de feu longitudinales sur la muqueuse rectale, etc. Ces petites opérations ont été pratiquées chez l'enfant, et elles sont inoffensives; mais je crois qu'elles sont presque toujours inutiles.

Deux fois, sans doute, chez des rachitiques devenus cachectiques — si bien qu'ils ont succombé, — j'ai vu des prolapsus énormes, toujours dehors, ayant pour ainsi dire perdu droit de domicile dans le bassin. Je n'ai même pas songé à opérer ces enfants arrivés au summum de la débilité; de même sur un nourrisson atteint de spina-bifida. D'après ce que j'ai vu, je crois donc que l'indication opératoire ne se pose guère que chez les rachitiques trop gravement atteints pour être soumis à une intervention chirurgicale; peut-être, dans ces cas, si l'on guérissait le rachitisme, resterait-il un prolapsus volumineux et justiciable de la chirurgie, mais je n'en sais rien, mes deux malades étant morts quelques jours après leur entrée à l'hôpital.

On voit toute la différence avec le traitement du prolapsus chez l'adulte; à cet âge les moyens précédents ont coutume d'échouer, et l'on doit recourir à des opérations complexes, difficiles, quelquefois graves, fort comparables à celles que l'on dirige contre les prolapsus génitaux de la femme. C'est alors que l'on cherche à soutenir le rectum en rétrécissant l'anus et le périnée par une véritable anopérinéorrhaphie; à le suspendre au sacrum par voie périnéale, en combinant cette intervention à une véritable proctopexie par les procédés de Verneuil, de G. Marchant; à le suspendre par voie abdominale, comme l'a conseillé Jeannel, en fixant, par la colopexie, l'S iliaque à la paroi abdominale; à le supprimer enfin par la résection franche.

Tous ces procédés ont donné des succès, mais aussi des récidives, et si, grâce à ces tentatives, le prolapsus rectal de l'adulte n'est plus un des opprobres de la chirurgie, il est loin d'en être encore devenu une des merveilles. Il reste une infirmité grave et rebelle, fort différente dès lors du prolapsus de l'enfant, lorsque la thérapeutique est bien dirigée.

VIII

POLYPES DU RECTUM*(Monoadénomes pédiculés du rectum.)*

PAR G. FÉLIZET,

Chirurgien de l'hôpital Bretonneau,

ET ALBERT BRANCA,

Agrégé à la Faculté de Médecine.

Les classiques réunissent sous l'étiquette de polypes du rectum une série de formations pathologiques, trop disparates pour constituer un groupe naturel. Mais nous savons, aujourd'hui, que les hémorroïdes flétrées, que les granulations de la rectite proliférante en ont souvent imposé pour des polypes en raison de leur mode d'implantation. Un pédicule est d'ailleurs incapable, à lui seul, de faire un polype d'un néoplasme polypiforme : la tumeur villeuse des Anglais, que nombre d'auteurs rattachent encore aux polypes, est aujourd'hui considérée par Quénu et Hartmann comme un épithélioma cylindrique¹.

Aussi, pour légitimer la dénomination de polype, trois caractères nous semblent aujourd'hui nécessaires et suffisants : le polype est la tumeur² pédiculée, développée sur les parois rectales, qui réalise les desiderata cliniques de la bénignité.

Mais les documents publiés sur les polypes du rectum se rapportent presque exclusivement à des adénomes, comme en fait foi l'analyse critique des observations anatomo-pathologiques. L'histoire des polypes du rectum se réduira pour nous à l'étude des adénomes pédiculés.

Dans un autre chapitre de cet ouvrage, nous passerons en revue les tumeurs qui peuvent exceptionnellement se développer sur les parois du rectum.

MONOADÉNOMES PÉDICULÉS DU RECTUM

Historique. — L'histoire des polypes du rectum ne s'est guère constituée que depuis une cinquantaine d'années.

Avant 1841, nous ne trouvons que trois observations qui puissent, en toute certitude, être rapportées à des polypes de l'enfance. La première date de 1760; elle est de Leutaud, chirurgien juré de la ville d'Arles, et fut insérée dans l'ancien *Journal de Médecine*. La seconde remonte à 1776 et

(¹) La tumeur villeuse des Anglais a été rapprochée par MOLLIERE des papillomes du rectum; par HAMONIC, par DELBET et MOUCHET de la rectite proliférante. Ce fait, signalé par MOLLIERE, qu'on y trouve des rubans ou des cylindres creux d'épithélium, justifie assez l'interprétation de MM. QUÉNU et HARTMANN.

(²) Au sens anatomo-pathologique.

fut publiée par Lange, dans les *Mélanges de Schmucker*¹. Enfin en 1828, Schneider, de Fulda, fit connaître un fait analogue².

C'est à Stoltz que revient surtout le mérite d'avoir individualisé le polype de l'enfance. Dans trois articles de la *Gazette médicale de Strasbourg*, il apporte une série de documents cliniques; il cherche à débrouiller l'étiologie du polype; il montre qu'il faut chercher son origine dans la muqueuse « altérée, étranglée, boursoufflée, et devenue plus ou moins spongieuse et fongueuse ». Avec une série de réserves prudentes, dont n'ont pas tenu assez compte ses adversaires³, l'auteur indique les alternatives de constipation et de diarrhée comme les causes provocatrices du prolapsus; le pli muqueux va se transformer en polype: ce sera quand le sphincter, à force de se contracter, aura aminci la portion de muqueuse qu'il engaine et l'aura réduite à l'état de simple pédicule.

Cependant, à quelques mois de la première publication de Stoltz paraissaient deux travaux, l'un de Gigon d'Angoulême⁴, l'autre de Bourgeois d'Étampes⁵. La question de priorité ne tarda pas à se soulever; elle donna lieu à une polémique acerbe entre Stoltz, qui revendique pour lui tout l'honneur de sa découverte, et Gigon, qui peut-être observa des formes anatomiques différentes de celles que connaissait l'auteur strasbourgeois.

Enfin, la discussion se calma, et Forget, à la Société de chirurgie, insista sur la dissidence des caractères assignés au polype par les divers auteurs. Il tenta d'isoler les polypes muqueux proprement dits, dans lesquels tous les éléments de la muqueuse ont proliféré, tout en gardant leur importance respective. En somme, un tel néoplasme n'est qu'un fragment de muqueuse qui s'est pédiculisé, mais c'est un fragment de muqueuse hypertrophiée. Il convient de noter la rareté de tels polypes qui, s'ils existent, sont de simples « agrandissements d'après nature ».

Dès lors, l'histoire clinique du polype est à peu près close; la thérapeutique est indiquée dans ses grandes lignes. Les anatomo-pathologistes « de profession » vont établir des classifications, isoler des formes. Nous allons les voir à l'œuvre.

Anatomie pathologique. — Anatomie macroscopique. — Les polypes du rectum sont des tumeurs d'un volume exigü: ils atteignent la taille d'un pois, d'une cerise, d'une noix (Curling), d'un œuf de poule (Macfarlane). Ils sont d'un rouge vif ou d'un rouge violacé, quand l'ablation ne les a pas privés du sang qui distend leurs capillaires. Mais cette couleur n'est pas uniforme; et leur surface prend alors un aspect granité. Les polypes sont tantôt lisses comme une cerise, tantôt mamelonnés comme une framboise; de profondes scissures les segmentent parfois en lobules; ils pourraient prendre de ce chef l'aspect d'une fraise de veau ou d'une grappe de raisin.

A un moment donné de leur évolution⁶, le néoplasme est appendu à un

(1) *Mélanges de Schmucker* (Bd II, 1776).

(2) *Journ. für Geburtshilfe Frauenzimmer und Kinderkrankheiten*, 1828.

(3) LAUGIER, en particulier, dans son article du Dictionnaire en 50 volumes.

(4) Académie de médecine, 1841.

(5) *Bulletin de thérapeutique*, t. XXIII, p. 265, 1842.

(6) A un moment donné de leur évolution, tout au moins.

pédicule. Ce pédicule¹ est un cordon blanc, arrondi; parfois il est si court et si large qu'il semble faire quelque défaut. Quand on l'examine d'un peu près, on voit qu'il s'implante d'ordinaire au centre de la face rectale de la tumeur²; tente-t-on de l'arracher, il se sépare du néoplasme, comme se détache la queue d'un fruit mûr, en laissant à sa place une petite cavité en forme de cratère. Enfin nous noterons que ce pédicule³ est parcouru par des vaisseaux nourriciers qui sont parfois de taille si considérable ou d'un nombre tel qu'ils transmettent leurs battements au pédicule de la tumeur. On écrit que ces vaisseaux sont d'ordinaire une artère et deux veines; dans plusieurs polypes dont nous avons examiné à ce point de vue spécial le court pédicule, on trouvait non pas trois canaux sanguins, mais une série d'artérioles et de veinules qui cheminaient parallèlement presque au contact les unes des autres, englobées dans une gangue musculaire ou sur le côté droit.

Les polypes s'implantent d'ordinaire à la face postérieure ou sur le côté droit du rectum, mais ils peuvent aussi s'attacher sur un tout autre point de la circonférence intestinale; toutefois l'un de nous n'en a jamais constaté sur la ligne médiane et antérieure.

Ils s'insèrent au-dessus du sphincter, à quelques centimètres de l'anus (2 à 6 c., Curling; 5 à 15 c., Gross; 16 c., Desault). Dans une observation de Curling, le néoplasme était situé si haut qu'il fut impossible de jeter un fil au-dessus de la tumeur.

La consistance des polypes a semblé un caractère anatomique d'une telle importance qu'elle a servi de base à leur classification. On a décrit les polypes mous, qui sont originaires de la muqueuse, et les polypes durs, qui proviennent de la tunique celluleuse ou de la tunique musculaire. Cette distinction a fait fortune et, jusque chez les auteurs contemporains, nous voyons opposer deux types anatomiques: le petit polype, le polype mou, muqueux, avec son pédicule grêle, est considéré comme le polype de l'enfance, tandis que le polype dur et volumineux devient, avec son court pédicule, l'apanage exclusif de l'adulte.

Des objections irréfutables peuvent être formulées contre cette classification. Il est certain que l'enfant peut être porteur de l'une et l'autre variété de polype. Macfarlane de Glasgow, chez un enfant de 4 ans, Dotzauer de Bomberg, chez des enfants de 5, 5 et 7 ans⁴, Diday, chez une fillette de 15 ans, Kuhlbrand, chez les deux sœurs, ont observé des polypes durs, et si de telles observations se

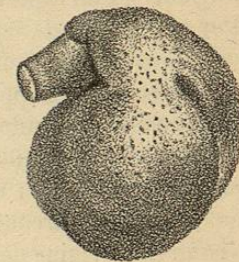


Fig. 1. — Adénome du rectum (grossi deux fois), (d'après Quénu).

(1) SMITH a noté une fois un pédicule double.

(2) Cette face est parfois excavée; on constate alors une véritable rigole circulaire, qui fait le tour du pédicule et que limite en dehors le bord périphérique du néoplasme.

(3) On a signalé des cas de pédicule creux, dont la cavité représente un diverticule péritonéal. Il s'agit de tumeurs développées tantôt en dehors des parois rectales, tantôt aux dépens des parties les plus superficielles des parois rectales. Ces tumeurs viennent proéminer dans la cavité de l'ampoule après s'être coiffées des tuniques rectales: ce sont tantôt des polypes vrais, tantôt des pseudo-polypes.

(4) Deux d'entre eux étaient frères.

comptent, c'est simplement parce que les polypes durs sont rares en comparaison des polypes mous.

D'autre part un polype muqueux présente un volume et une consistance bien différents suivant qu'on l'examine turgescent ou flétri par l'anémie. La même observation s'applique intégralement aux polypes fibreux : ils peuvent se ramollir du fait de l'œdème séreux qui les infiltre souvent, des kystes sanguins dont ils peuvent devenir le siège, et des diverses dégénérescences pathologiques auxquelles ils sont exposés, à l'instar de toutes les tumeurs.

1° **Historique.** — *Anatomie microscopique.* — Gosselin, qui accepte la classification macroscopique dont nous venons de critiquer les bases, établit plusieurs variétés de polypes mous.

Il distingue des polypes folliculaires. Ce sont là de véritables adénomes dont il rapproche le polype kystique. D'autre part il décrit des polypes papillaires ou papillomateux, lobulés, granuleux, « constitués par la prolifération des papilles » avec un stroma conjonctif. Enfin il admet des polypes charnus ou sarcomateux¹, fermes, lisses, très vasculaires, « où l'on trouve une trame celluleuse renfermant des cellules embryonnaires, des corps fusiformes et des capillaires veineux dilatés ainsi que quelques glandes ».

On peut faire des objections multiples à cette classification. Il n'y a pas lieu d'individualiser, avec Gosselin, un polype kystique : le kyste ne représente qu'une simple variété évolutive de l'adénome. De plus, il est difficile d'admettre une forme papillaire, c'est-à-dire une forme « provenant de la prolifération des papilles », puisque le derme rectal ne présente pas de telles formations ; si nous conservons le terme papillaire, il ne doit exprimer pour nous qu'un aspect macroscopique. Enfin nous n'avons pas besoin d'insister sur ce qu'a de vague la dénomination de polype charnu.

Nous croyons pouvoir répartir en deux groupes les polypes du rectum. Les uns sont développés aux dépens de l'appareil glandulaire, d'origine endodermique ; les autres proviennent des tissus mésodermiques qui forment le stroma de la muqueuse ou la musculature du rectum. Les uns et les autres pourront se prêter au développement de tumeurs, qu'il n'y a pas de raison pour désigner autrement que les autres néoplasmes de l'organisme. Ils deviendront l'origine des adénomes, des myomes, etc.

Mais les divers tissus du rectum sont solidaires les uns des autres ; la lésion qui porte principalement sur les glandes ne manquera pas de retentir sur les tissus voisins. Mais, parce qu'elle dirige l'évolution des tissus accessoires qui l'englobent, nous dirons que nous avons affaire à un adénome, c'est-à-dire à une tumeur simple. Il s'agirait d'une tumeur mixte, d'un adénofibrome par exemple, si le tissu glandulaire et le tissu conjonctif avaient évolué, parallèlement, chacun pour leur propre compte. Il est possible qu'un certain nombre de tumeurs, cataloguées dans les polypes fibreux, soient passibles d'une telle interprétation.

On a décrit sous le terme de polypes du rectum : 1° des adénomes ; 2° des tumeurs conjonctives ; 3° des myomes et des fibromyomes ; 4° des lymphadénomes. Nous laisserons de côté le myxome, l'angiome, les lipomes

(¹) Il ne s'agit pas de sarcome au sens où nous l'entendons aujourd'hui.

polypiformes, signalés par Virchow et Sangalli, et qui n'ont jamais encore été étudiés en France que sur deux vieillards par Castelain¹ et par Avezou².

A l'exception des adénomes, toutes ces formations sont de simples curiosités pathologiques. C'est de l'adénome seul qu'il convient de s'occuper ici. Les adénomes, soupçonnés par Nélaton, furent étudiés d'abord par Robin qui nota l'existence de culs-de-sac nombreux, revêtus de « gaines épithéliales ». Ces gaines sont formées de cellules disposées sur un, deux ou trois rangs et de noyaux « libres » appartenant à de l'« épithélium nucléaire ». Lebert insista sur l'épithélium cylindrique des cellules adénomateuses. Forster, dans son *Anatomie pathologique*³, et Giraldès, dans son enseignement clinique, appellent l'attention sur la richesse vasculaire du stroma. Kœberlé et Morel, qui avaient étudié les polypes de Stoltz, donnent des descriptions concordantes (1859). Verneuil, qui, en 1859, avait avancé que les polypes glandulaires étaient une rareté chez l'enfant, va bientôt revenir de son opinion première et publier des observations d'adénomes. Depuis, les travaux de Cornil⁴, le traité de Cornil et Ranvier, ont donné droit de cité à l'adénome et montré qu'il embrassait les cas les plus nombreux des soi-disant polypes mous du rectum.

2° **Quelques observations d'adénomes.** — Nous croyons ne pouvoir mieux faire ici qu'en décrivant trois de nos observations d'adénome. Elles nous montreront que c'est, avant tout, l'appareil glandulaire et non « toute l'épaisseur de la muqueuse qui contribue à la formation du polype ». (Stoltz.)

Observation n° 1. — Un examen à un faible grossissement suffit à mettre en relief les grands caractères de la tumeur, parsemée de cavités si dissemblables de forme et de volume, qu'on peut dire que l'irrégularité est leur note générale. Tantôt arrondis, en cœur de carte à jouer, en fente allongée, tantôt contournés de la façon la plus capricieuse, les tubes glandulaires sont augmentés de longueur. Leur surface de section est d'un calibre si variable que certains tubes sont les uns aux autres comme 1 est à 20. Les formations adénomateuses peuvent communiquer entre elles ; leur surface externe est hérissée de bourgeons latéraux ou terminaux d'aspect et d'étendue éminemment variables. D'autres fois, ces formations s'isolent : des kystes se constituent. Ils sont, en général, assez régulièrement arrondis. Leur surface interne porte, çà et là, des prolongements pareils à des villosités qui flottent dans la cavité kystique. Ce sont des évaginations vraies de la paroi ou peut-être aussi de simples débris qui témoignent de la fusion incomplète de deux kystes voisins. Nombre de ces productions présentent un contenu granuleux, parsemé par endroits de leucocytes ; quelques-unes sont exclusivement remplies de globules blancs et rouges diapédésés. Quant au stroma, il est réparti en deux couches : l'une est périphérique, d'aspect homogène ; elle est creusée, de loin en loin, par une glande ouverte dans l'intestin ; l'autre est centrale et très raréfiée ; elle remplit les espaces inter-

(¹) *Gaz. hebdomadaire*, 1860, p. 518, et *Bulletin médical du nord de la France*, mai 1870.

(²) *Soc. anat.*, 26 mars 1875. Observat. prise dans le service de M. BERNARD, à l'hospice des Ménages.

(³) 2^e édition, p. 196.

(⁴) *Gaz. méd. de Paris*, 1865.

adénomateux; elle semble manquer par places; c'est quand les tubes glandulaires sont au contact les uns des autres. Ce tissu de soutien est largement irrigué par des capillaires sanguins. On ne trouve de vaisseaux (artères et veines) qu'au niveau du point d'implantation du pédicule: ces vaisseaux sont escortés, à distance, de quelques minces trousseaux de fibres lisses.

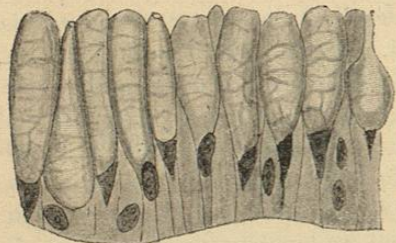


Fig. 2. — Épithélium glandulaire d'un adénome de type caliciforme.

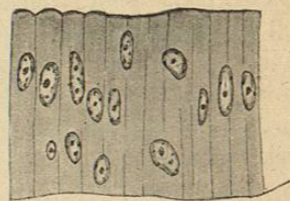


Fig. 3. — Épithélium glandulaire de type polyédrique.

A un fort grossissement, l'épithélium de revêtement apparaît cubique ou même aplati. Les cellules glandulaires qui sont caractérisées avant tout par leur irrégularité de volume¹ se répartissent en cellules cylindriques et en cellules caliciformes. Ces dernières sont tantôt hautes, élégantes, urcéolées,

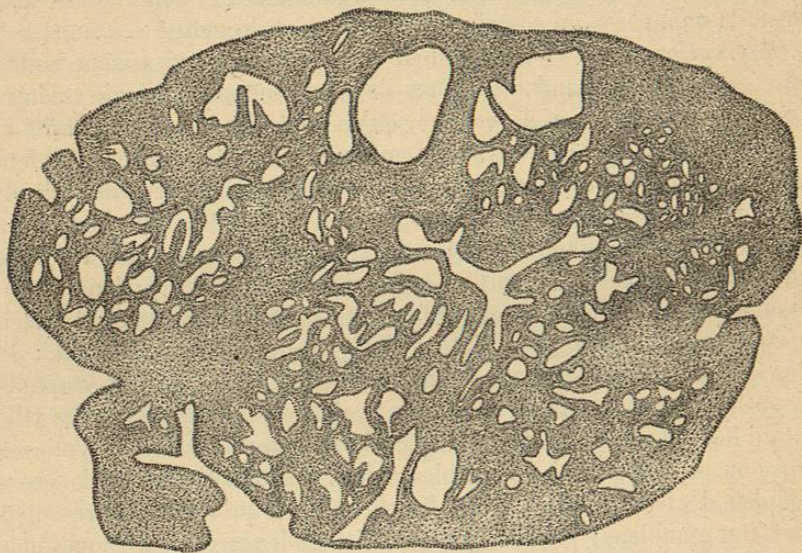


Fig. 4. — Coupe totale d'un adénome du rectum.

tantôt basses, globuleuses, sphériques. A quelque ordre qu'ils appartiennent, ces éléments sont groupés de façons différentes; dans certains culs-de-sac, on trouve exclusivement la glande unicellulaire, la cellule à mucus; dans d'autres, des cellules cylindriques; dans d'autres encore, les deux formes épithéliales sont en proportions variables. Notons, en passant,

(¹) Il en est qui sont jusqu'à 10 fois plus hautes que leurs congénères.

que l'épithélium de l'adénome se divise par karyokinèse, qu'il peut présenter la fenêtration par les leucocytes¹ décrite par le professeur Renaut (de Lyon), qu'on trouvera surtout, près de son pôle d'insertion, des noyaux appartenant à des globules migrants. Enfin, nous devons indiquer dans quelques tubes la présence de végétations épithéliales. D'aucunes, longues et étroites, ont un axe conjonctif; d'aucunes sont réduites à l'épithélium. Dans une série de culs-de-sac, on observe des végétations caractérisées par deux cercles épithéliaux concentriques accolés; le superficiel a sa face libre tournée vers la cavité glandulaire; le profond circonscrit une lumière étroite (fig. 7); il est probable qu'une végétation pleine, volumineuse, s'est élevée sur la paroi d'un cul-de-sac: puis son sommet s'est déprimé et ensuite invaginé, comme un doigt de gant, dans le corps de la villosité. Cette explication nous semble la seule qui rende compte d'une façon satisfaisante de l'aspect inattendu de cette particularité anatomique. Le stroma, qui porte en quelques points une infiltration embryonnaire périglandulaire, est constitué par de la lymphe, des cellules éosinophiles, des cellules et des fibres conjonctives assez rares, des vaisseaux sanguins et des lymphatiques volumineux. Nous avons cherché, sans la trouver, la trace de fibres nerveuses.

Observation n° 2. — Cet adénome, sur lequel l'épithélium de revêtement semble desquamé, est presque exclusivement constitué par du tissu conjonctivo-vasculaire où sont éparses, vers le centre de la néoplasie, une dizaine de cavités adénomateuses. Quelques-unes d'entre elles sont volumineuses et leur contour interne est festonné, du fait des végétations qui s'y implantent, courtes et nombreuses. Ces végétations sont formées d'épithélium cylindrique; cet élément, à lui seul, constitue presque partout la paroi glandulaire. Ce qui caractérise surtout le stroma, c'est sa richesse vasculaire; des capillaires, gorgés d'hématies et de leucocytes nombreux, occupent près de la moitié de sa surface totale. Ils sont séparés par un tissu conjonctif dense, presque adulte, où les cellules sont rares et les fibres nombreuses.

Observation n° 5. — Cette pièce, dont la surface ne porte ni glande, ni épithélium, présente un aspect lobulé que lui communiquent peut-être le

(¹) Ce n'est pas là un artifice de préparation, car: 1° la fenêtration se retrouve sur les coupes en série; 2° la perforation est occupée parfois par les cellules migratrices.

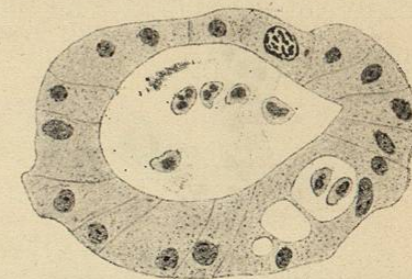


Fig. 5. — Paroi d'une cavité adénomateuse. Le revêtement épithélial est cylindrique ou cubique. Dans le segment inférieur de la figure, on voit une cellule dont le noyau volumineux est en voie de division indirecte; dans le segment gauche l'épithélium est « fenêtré » en 3 points; la plus large de ces « fenêtrures » est occupée par deux leucocytes. On notera aussi que la cavité adénomateuse contient 3 globules blancs. (Vérick, ocul. 1; obj. 1/16.)



Fig. 6. — Paroi d'une cavité adénomateuse; on note l'irrégularité des cellules, et leur disposition en groupe « flocculent » (Vérick, ocul. 1; obj. 1/16.)