

n'est plus admise; elle n'a plus qu'un intérêt historique. Aujourd'hui, nous dit de Saint-Germain, « on ne peut lire sans sourire la théorie de Stoltz relative à l'influence polypogène du pincement de la muqueuse rectale pendant la défécation ».

Le prolapsus complet des tuniques rectales peut être provoqué par la présence d'un polype. Au dire de quelques auteurs, le polype ne serait pas seul responsable de cette grave complication, et peut-être n'entraînerait-il la chute du rectum que parce qu'il se développe sur ces enfants à téguments flasques, à ventre en bateau, qui sont les candidats à la hernie, et qui fourniront plus tard à la ptose viscérale la meilleure partie de son contingent. Nous nous contentons de relater cette opinion, sous « bénéfice d'inventaire ».

A côté des complications véritables que nous venons de passer en revue, il faut faire une place pour les hémorragies dont l'abondance est telle parfois qu'elle constitue un danger imminent. La pathogénie de ce symptôme a été résolue par des affirmations plus souvent que par des faits; c'est le polype qui saigne, disent les uns; il se contente de faire saigner la muqueuse, répondent les autres. En réalité, il semble que l'un et l'autre processus puisse entrer en jeu : dans un cas que l'un de nous a observé, le polype était ferme et pâle; il ne saignait pas à la coupe; il donnait lieu pourtant à des rectorragies qui cessèrent avec son ablation; il est vraisemblable qu'il s'agissait là d'une *épistaxis rectale*. Dans une autre circonstance, au contraire, le polype était le siège de l'hémorragie. Bien qu'enlevé avec précaution, il présentait à sa surface une dépression remplie d'un coagulum fibrineux; une coupe fut pratiquée; elle révéla un épanchement interstitiel, qui s'était collecté. Le noyau hémorragique affectait la forme d'un cône; sa base se confondait avec le cœur du polype; son sommet effleurait la surface de la muqueuse.

Étiologie. — Le polype n'est pas une affection fréquente¹, et c'est une des raisons pour lesquelles son étiologie est si mal élucidée.

Meissner a fait jouer un rôle à la scrofule; Bathurst Woodman a incriminé l'arthritisme, la tuberculose et le cancer chez les ascendants, mais les hypothèses de ces deux auteurs ne sont étayées sur aucun fait précis.

Tout ce que nous savons, c'est que l'affection peut se développer très tôt. Le polype a été observé chez des enfants de 5 mois (Schlegel), de 6 mois (Denonvilliers), bien qu'en dise Marjolin qui ne l'a jamais vu qu'à partir de l'âge de 2 ans.

Garçons et filles semblent également sujets aux polypes, écrit Giraldès; toutefois Bokay, Kronenberg croient la maladie plus fréquente chez les enfants du sexe masculin. Dans 6 cas dont nous avons lu la relation, le polype existait chez les 2 frères (Dotzauer), chez les 2 sœurs (Kuhlbrand), chez 2 jumeaux (Barthélemy), chez le frère et chez la sœur (Gripps), chez

⁽¹⁾ ALLINGHAM compte que les polypes fournissent le 1/75 des malades atteints d'affections du rectum. Bokay, sur 56 970 enfants examinés à ce point de vue, n'a trouvé que 25 cas de polype.

« Kronenberg n'a vu que 4 cas de polypes sur plus de 100 000 enfants pour lesquels il a été consulté. Guersant, à Paris, voyait 6 à 8 polypes par année. C'est à un chiffre à peu près semblable que nous estimons les cas qui se présentent, bon an, mal an, dans le service de l'un de nous. »

4 frères et 5 sœurs (Langenbeck), chez plusieurs membres d'une même famille (Esmarch). Nous avons observé un fait analogue. On en peut conclure que ces enfants se sont, selon toute vraisemblance, trouvés soumis aux mêmes conditions pathologiques.

L'influence des alternatives de constipation et de diarrhée, de la dysenterie, de l'helminthiase¹, n'est pas établie; celle du prolapsus (Stoltz) est démentie d'une façon formelle.

Somme toute, il nous faut faire une fois de plus l'aveu de notre ignorance; l'étiologie du polype nous est totalement inconnue. Mais le problème gagnerait peut-être à être présenté sous une autre forme: au lieu de nous enquérir des causes du polype, il faudrait bien plutôt rechercher la cause des diverses tumeurs qu'on peut rencontrer dans le rectum; le problème se précise en même temps qu'il s'élargit: c'est la grande question de la pathogénie des néoplasmes qui se pose de la sorte: elle est loin d'être encore résolue.

Pourtant, en ce qui regarde l'étiologie des adénomes, quelques auteurs ont récemment incriminé l'infection.

En 1885, Belleli d'Alexandrie observa un cas de « *Bilharzia hæmatobia* » chez un malade porteur d'un adénome pédiculé du rectum. Le polype fut enlevé. En pratiquant des coupes de la tumeur, Belleli y constata, isolés ou groupés dans le tissu conjonctif, des embryons et des œufs munis de leur épine polaire ou latérale. L'auteur n'hésita pas à considérer le « fibro-adénome du rectum » comme « le produit » du parasite, et cela, d'autant plus facilement que quelques-uns de ses confrères avaient vu comme lui l'association du polype et de l'helminthiase. Ball accepte cette manière de voir et décrit dans son livre les *Polyps from parasitic irritation*.

Nous croyons les conclusions de Belleli illégitimes; en tout cas, elles nous semblent singulièrement prématurées. En premier lieu, l'association des deux affections ne prouve rien qu'une simple coïncidence; pour établir entre elles un lien de parenté, il faudrait que l'infection par la *Bilharzia hæmatobia*, si fréquente en Égypte², s'accompagnât d'adénomes en nombre comparable.

D'autre part, la présence du parasite dans le néoplasme ne prouve pas qu'il est la cause du néoplasme. Si nous nous rappelons que les anatomopathologistes égyptiens: Kartulis, Schies-Bey, ont montré la présence des œufs et des embryons (Zancarol) dans toute l'étendue de la tunique muqueuse de l'intestin, il n'est pas de raison pour admettre qu'on ne trouvera pas l'hématozoaire dans l'adénome aussi bien qu'ailleurs. L'adénome possède, comme le reste de l'intestin, une circulation tributaire de la veine porte, et l'on sait que c'est par cette voie vasculaire que se propage le parasite.

On pourrait objecter que la *Bilharzia hæmatobia* provoque des lésions polypeuses sur toute l'étendue de la muqueuse intestinale. Mais nous ne

⁽¹⁾ DOTZAUER, ayant observé un cas d'helminthiase qui coïncidait avec la présence d'un polype, admet, sans autre preuve, chez ses deux autres malades, le rôle déterminant du parasite.

⁽²⁾ GRIESENER trouve 117 fois le parasite dans 565 autopsies.

sommes pas en droit d'assimiler végétations polypiformes et adénome ; dans un cas il s'agit d'une tumeur, dans l'autre d'un processus inflammatoire, et, s'il est des circonstances où tumeur et processus inflammatoires sont d'une distinction histologique difficile, ce n'est pas une raison, croyons-nous, pour confondre les deux ordres de formations, d'une étiologie si profondément différente.

Mais admettons, pour un moment, que le parasite soit la cause de l'adénome ; nous expliquerons ainsi la genèse de l'adénome en Égypte, mais dans nos pays, où la *Bilharzia* est totalement inconnue, la pathogénie de la tumeur n'en reste pas moins à élucider de fond en comble.

Nous n'ignorons pas le rôle capital qu'on a voulu faire jouer, ces dernières années, à l'infection microbienne, dans la pathogénie des adénomes, mais nous croyons devoir opposer les plus expresses réserves aux arguments qu'on a fait valoir pour établir une telle hypothèse. Parce qu'on trouve des micro-organismes dans le tissu d'un adénome, on n'est pas en droit de dire que l'adénome est le « produit » du micro-organisme ; une telle conclusion ne sera autorisée que le jour où on obtiendra l'adénome rectal en provoquant une infection rectale.

La pathogénie de l'adénome n'a pas fait un pas de plus, malgré les travaux qu'elle a provoqués ; mais ces travaux ont eu un résultat, indiscutable celui-là : ils ont apporté un argument de plus pour montrer que les néoplasmes aussi bien que les tissus normaux sont sujets à l'infection, que cette infection soit le fait des hématozoaires, comme le veut Belleli, ou le fait des staphylococci, comme l'enseigne Delbet.

Symptômes. Évolution. — Les premières phases du développement des polypes sont d'une constatation fort difficile : tantôt l'enfant est trop petit pour nous fournir un de ces renseignements qui mettront sur la voie du diagnostic ; tantôt les symptômes initiaux sont nuls ou tellement atténués qu'on n'y prend pas garde.

Cependant, Giraldès a montré qu'on pouvait, dès ce moment, observer des démangeaisons, de la douleur lors de la défécation, un suintement muco-sanguinolent. D'autres auteurs ont noté les envies fréquentes ; Stoltz a insisté sur l'effort que nécessite la défécation.

Puis, à cette période de début, en succède insensiblement une autre où les symptômes sont constants et sont nets : c'est alors seulement qu'on nous amène les petits malades.

Les rectorragies sont un phénomène fréquent¹ de cette période d'état : elles acquièrent, chez les enfants, une valeur pathognomonique et se caractérisent par la perte d'un sang rouge qui ne se mêle jamais au bol fécal, et qui, d'ordinaire, suit sa sortie. La tache que ce sang laisse sur le lé postérieur de la chemise a alarmé les parents ; ils ont observé de plus près leur enfant ; ils nous racontent que ces hémorragies, qui se produisaient d'abord tous les 8 ou 10 jours, se renouvellent plus souvent ; elles apparaissent en général par intermittences, à l'occasion des selles ; elles sont plus fréquentes parfois et il est des jours où l'enfant perd du sang par l'anus à maintes reprises,

(¹) Mais inconstant.

presque sans interruption. Ces rectorragies sont, en somme, sujettes aux plus grandes variations ; elles sont capables d'entraîner des troubles inattendus : une fillette de douze ans, réglée depuis quelque temps, vit, à l'occasion de la spoliation sanguine que provoquait un polype, les époques s'espacer de plus en plus, et se suivre avec des interruptions de 2 à 8 mois.

Les troubles de la défécation sont parmi les plus fidèles des symptômes du néoplasme. L'enfant reste longtemps sur le vase. Sa mère a beau le presser d'en finir : il n'en fait rien ; il répond, comme un petit malade de Stoltz : « J'ai quelque chose qui ne veut pas tomber ». Et la défécation n'est pas seulement lente : elle est douloureuse¹ (sensation de pesanteur anale, douleurs aux lombes, au bas-ventre). Disons enfin qu'elle nécessite des efforts soutenus ; l'enfant pousse avec une énergie qui doit avoir un rôle important dans l'apparition de certaines hernies inguinales, chez les petits bonshommes porteurs d'anneaux inguinaux larges et de piliers malformés.

Enfin, quelques symptômes, plus rares, peuvent compléter le tableau clinique que nous avons esquissé. C'est la constatation d'une rainure à la surface du bol fécal², c'est le ténésme ; ce sont des douleurs qui peuvent rappeler le syndrome de la fissure anale. Ou bien il s'agit de troubles du côté des voies urinaires : à maintes reprises, nous avons constaté la rétention d'urine ; une fois même nous nous sommes trouvés en présence d'un complexe symptomatique qui nous fit croire un instant à un calcul vésical : rétention d'urine, douleurs dans la miction, interruptions brusques du jet se trouvaient associées depuis plusieurs mois ; tous ces phénomènes disparaurent avec l'ablation du polype.

Il n'est pas exceptionnel de voir des phénomènes généraux s'installer chez l'enfant et prendre même chez lui des proportions inquiétantes. Ils relèvent tous de l'hémorragie ; nombre de chirurgiens ont vu leurs petits malades mal digérer, maigrir, perdre leurs forces, présenter des tendances syncopales pendant que le teint devenait pâle et terreux, les traits tirés, le caractère irritable.

Mais tous ces symptômes n'acquièrent une valeur absolue qu'autant que le médecin peut constater, par lui-même, une tumeur polypiforme.

Bien souvent, la mère nous raconte qu'à la suite des selles elle a vu une « boule de chair rouge » qui pendait à l'anus, et qui rentrait spontanément dans le rectum, presque instantanément tout d'abord et plus tard au bout de 8, 10, 15 minutes. Vient un jour où la tumeur sort plus facilement encore : c'est à l'occasion d'un effort, d'une secousse de toux ; la réduction n'en est que plus difficile, et, pour l'obtenir, l'enfant est obligé d'y porter la main ou de contracter sa musculature rectale (Stoltz).

Rien de simple comme de voir la tumeur, quand elle est en procidence. Parfois on peut provoquer cette procidence en commandant à l'enfant de pousser, comme pour aller à la garde-robe. Mais souvent, pour une raison

(¹) Quelques auteurs n'admettent la défécation douloureuse qu'au cas où le polype est bas situé et fait procidence. — Quelques autres ont signalé la douleur à l'occasion de la marche, etc.

(²) Ce signe n'a pas l'importance que lui prêtent GUERSANT et KRONENBERG, de Moscou. Outre qu'il est très inconstant, on peut le retrouver dans nombre d'affections du rectum.

ou pour une autre, cet artifice ne réussit point à faire émerger la tumeur. Peut-être le toucher rectal nous renseignera-t-il.

Commençons par pratiquer une irrigation large du rectum : les matières qui encombraient l'ampoule sont de la sorte balayées ; le polype n'en sera que plus accessible, et que mieux senti. Pratiquons le toucher avec lenteur et méthode. Le doigt introduit remonte aussi haut que possible, sans s'appliquer à recueillir aucun renseignement. Maintenant il s'oriente ; il s'applique sur la paroi rectale postérieure ; il la parcourt de haut en bas en cherchant, alors, à constater dans sa descente l'inégalité, la saillie qui vont nous mettre sur la voie. N'a-t-il rien rencontré, il est introduit de nouveau, et avec les mêmes précautions, il doit explorer la face antérieure et les bords de l'organe. Assez souvent, le doigt tombe sur une petite tumeur molle, arrondie, et du même coup il nous renseigne sur le point d'implantation du polype et sur les caractères de son pédicule.

Mais il s'en faut de beaucoup que l'exploration digitale, méthodiquement pratiquée, nous donne toujours le renseignement que nous en attendons. Cependant le polype « doit exister ». Le spéculum est notre dernière ressource.

L'enfant a pris un lavement et l'a rendu aussitôt ; il est mis dans la position de la taille périnéale ; le *speculum ani* est introduit, fermé ; il pénètre dans le rectum jusqu'à sa garde ; on l'entre-bâille alors lentement, à demi ; et on lui imprime un mouvement de rotation lente. Aussitôt que le polype arrive au contact de l'interligne ménagé entre les 2 valves de l'instrument, il s'y précipite ; nous pouvons l'examiner à loisir.

La marche de l'affection est lente, de l'aveu de tous les classiques. Après être passé par les phases de tumeur sessile, puis pédiculée, le polype peut se flétrir et s'atrophier ; le fait est rare. Plus souvent il grossit jusqu'au jour où vont se produire la rupture du pédicule et l'élimination de la tumeur. Il y a là une véritable « intervention spontanée » qui peut guérir, à jamais, l'enfant de son polype. Mais souvent le pédicule abandonne un moignon sur la muqueuse rectale : ce moignon peut devenir rapidement l'origine d'une nouvelle tumeur en tout analogue à la première, et par sa forme et par ses destinées.

Complications. Formes. Pronostic. — Il arrive parfois qu'un symptôme prend une telle importance, qu'il fait courir les mêmes risques qu'une complication véritable. Nous avons, chemin faisant, montré de quels phénomènes généraux graves s'accompagnent les grandes hémorragies, mais nous ne connaissons pas d'observation où la mort ait été le fait de leur abondance.

Parfois le polype s'infecte et se gangrène ; parfois il est la cause de fissures, d'abcès de la marge de l'anus (Allingham), mais ce sont là des complications rares : on n'en saurait dire autant de la rectite et du prolapsus.

C'est à la rectite qu'il faut rapporter ces pertes glaireuses, d'odeur fétide, qui surviennent en dehors de toute défécation. Elles sont parfois d'une abondance extrême : on les a vues simuler une diarrhée. Tantôt ce sont des pertes presque aqueuses ; tantôt elles ont la viscosité de l'albumine ; tantôt

elles ont une consistance muqueuse et sont teintées de sang : Gross a pu les comparer alors à la « gelée de groseilles ».

Le prolapsus est la complication la plus ordinaire du polype ; il est fréquent, au point qu'on s'est demandé un moment s'il était la cause ou l'effet du polype. Quand il survient chez les tout petits, il n'est pas la conséquence obligée du polype : on doit savoir incriminer, à leur temps, toutes les causes qui provoquent des effets expulsifs répétés (cris, toux, constipation, diarrhée, phimosis, coqueluche, rougeole, etc.) ; mais, à partir de 5 ou 6 ans, le prolapsus n'est plus l'affection commune, banale, « presque essentielle », qui guérit « malgré le médecin » ; c'est un symptôme et c'est le symptôme d'une maladie de l'intestin, d'un polype quelquefois. Aussi, alors même qu'on viendra nous consulter pour un prolapsus d'apparence banale, faudra-t-il songer toujours au polype, de forme fruste, qui se dérobe à sa faveur, et nous ne négligerons jamais de déplisser le prolapsus, de l'exagérer au besoin, pour voir s'il ne porte pas un polype, ou tout au moins le moignon d'un pédicule.

A côté des formes normales du polype, où la rectorrhagie, la lenteur des selles, la présence de la tumeur, imposent le diagnostic, il est des *formes atypiques* souvent difficiles à dépister. C'est un symptôme comme la rétention d'urine, une complication comme le prolapsus ou la fissure qui prennent une importance hors de pair, parce qu'ils existent seuls ou qu'ils attirent seuls l'attention. Aussi, pour ne pas tomber dans de grossières erreurs, le clinicien doit-il s'astreindre à pratiquer le toucher rectal toutes les fois qu'il se trouve, chez des enfants, en présence d'altérations qui portent sur les organes génito-urinaires ou sur la portion pelvienne du tube digestif.

En l'absence de toute complication, le *pronostic* des polypes du rectum est bénin. La guérison est parfois un acte spontané de la nature ; la récurrence est toujours possible, plus encore après la chute spontanée qu'après l'opération chirurgicale ; mais cette récurrence est locale ; elle n'est pas plus grave que le polype : seules, les complications, les hémorragies, la rectite, le prolapsus, sont capables d'assombrir le pronostic.

Diagnostic. — Le diagnostic des polypes est posé dans des conditions bien différentes.

Tantôt le polype sort « à volonté ». Il suffit « d'ouvrir les yeux » pour le reconnaître, de « tendre le doigt » pour s'assurer qu'il porte un pédicule. On ne le confondra donc pas avec les végétations syphilitiques qui ont un tout autre aspect, avec le fungus bénin caractérisé par des hémorragies abondantes, mais indolentes, et par l'absence d'un pédicule. Les hémorroïdes, si rares chez l'enfant, sont multiples et s'affaissent quand on les presse entre le pouce et l'index. Le prolapsus a pour lui sa forme circulaire, et son orifice central.

On peut prendre pour un polype une invagination intestinale. L.-H. Petit fut appelé près d'une fillette de 11 mois qui présentait une constipation opiniâtre « allant jusqu'à l'obstruction complète ». Cette enfant présentait des hémorragies persistantes depuis 6 semaines et des évacuations de glaires sanguinolentes et fétides. Elle faisait des efforts continus pour aller

à la selle. Elle ne présentait ni fièvre, ni diarrhée. Par l'anus béant, on pouvait atteindre du doigt une masse dure, mobile, portée par un volumineux pédicule implanté à 4 centimètres de l'anus. Petit crut qu'il était en présence d'un polype. Il en fit l'excision. L'examen de la pièce, pratiqué par Cornil, montra qu'il s'agissait d'une invagination du gros intestin qui faisait saillie dans le rectum¹.

Parfois, nous avons toutes les raisons de croire à l'existence d'un polype; l'enfant est atteint de rectorragies abondantes, et nous savons que le néoplasme est chez l'enfant la cause presque unique d'un tel symptôme; toutefois le polype ne s'est jamais montré; tentons de le faire sortir; faisons tousser le petit malade; pratiquons au besoin une irrigation rectale: ces petits moyens peuvent suffire parfois.

Mais il est des cas où la tumeur n'apparaît point; elle est située trop haut, son pédicule est trop court, ou bien elle se révèle par des symptômes anormaux, tels que la rétention d'urine. C'en est fait de notre diagnostic, si, de parti pris, nous ne pratiquons le toucher toutes les fois qu'un enfant présente des troubles portant sur ses viscères pelviens. Faute d'avoir usé de ce moyen d'information, maint auteur a pris des rectorrhagies pour des exemples de menstruation précoce; dans un cas dont l'un de nous fut témoin, la rétention d'urine fut attribuée à un phimosis compliqué d'adhérences préputiales; la circoncision fut pratiquée, elle resta sans résultats, et c'est en explorant la vessie par le toucher rectal qu'on s'aperçut de la présence d'un petit polype, dont l'ablation fit cesser, du coup, tous les accidents.

Le toucher rectal nous révèle « quelque chose », ce « quelque chose » c'est le polype presque toujours; il n'y a guère à s'y tromper chez l'enfant; l'invagination rectale est en effet circulaire; les hémorroïdes, le cancer, l'angiome, sont si exceptionnels qu'il n'y a pas à en tenir compte dans la pratique. C'est si vrai que les hémorroïdes ont été niées chez les enfants, et que chez eux le cancer² et l'angiome³ n'ont été qu'une fois observés: l'absence de pédicule avait permis le diagnostic.

Le toucher rectal ne nous a pas éclairés; la tumeur était si molle ou si petite que le doigt n'a pas rencontré sa résistance. C'est le moment de recourir aux grands moyens, de n'abandonner le diagnostic qu'une fois le spéculum employé. Lui seul juge en dernier ressort; il montre le polype toutes les fois qu'il s'implante dans la « zone explorable » du rectum.

Le diagnostic différentiel est assuré; il faut s'enquérir des caractères anatomiques du polype (siège, volume, consistance, nombre); il faut préciser la nature du pédicule (plein ou creux) souvent très vasculaire. Rappelons, en passant, qu'en raison de la longueur de son pédicule, un polype du côlon descendant fut pris une fois pour un polype du rectum⁴.

Enfin on doit faire le diagnostic des complications. C'est parfois pour elles qu'on vient consulter le médecin. Nous avons eu déjà l'occasion de dire

(1) *Soc. anat.*, 50 octobre 1896.

(2) Observation de Mayo chez un enfant de 12 ans.

(3) Observation de Marsu chez une fillette de 10 ans; la tumeur faisait le tour de l'intestin.

(4) Observation de Meulewater. *Gaz. méd.*, Paris, 1857.

que c'est en dépliant un prolapsus que nous aperçûmes la « cause de tout le mal ». La muqueuse portait encore le moignon d'un polype qui s'était spontanément décapité.

Traitement. — Il n'y a pas lieu de discuter les indications du traitement des polypes: les complications fréquentes que provoquent ces tumeurs, les aléas de la guérison spontanée, l'innocuité des moyens thérapeutiques à mettre en œuvre, nous font un devoir de ne pas nous attarder aux moyens palliatifs « irrationnels ou dangereux »; c'est la cure radicale, c'est l'ablation qu'il faut d'emblée pratiquer.

A cette fin¹, nombre de procédés ont été préconisés; tous ont des succès à leur actif; il importe pourtant de faire un choix et de ne s'arrêter qu'aux meilleurs.

La ligature simple, la plus vieille de ces méthodes, est excellente. Quand la tumeur est en procidence ou qu'on peut l'y amener, rien de simple comme d'étreindre son pédicule dans un fil; mais, ce fil, il faut le serrer juste assez pour écraser les vaisseaux et pour ne pas sectionner le pédicule, si fragile parfois chez l'enfant. — Quand le pédicule est large et court, quand le polype n'a jamais franchi l'anus, on peut, après avoir dilaté le sphincter à l'aide du spéculum, traverser l'implantation du polype avec un fil et pratiquer la ligature du meunier.

Aujourd'hui, on fait suivre la ligature d'une excision immédiate. Cette pratique ne présente aucun inconvénient. Il faut toutefois prendre soin de sectionner le pédicule à quelque distance de la ligature: c'est le vrai moyen d'éviter que le fil, en glissant, ne provoque une hémorragie.

L'écrasement linéaire de Chassaignac, l'arrachement et la torsion de Giraldès, la ligature élastique et le galvanocautère ont eu leur part de succès. Mais nous rejetons l'excision et l'arrachement simple qui exposent aux hémorragies. Le temps a fait justice des caustiques: les douleurs qu'ils provoquent, les lenteurs que nécessite leur emploi, justifient l'abandon dans lequel ils sont tombés.

La cure radicale du polype est une excellente opération, bénigne s'il en est. Nous avons vu à maintes reprises l'intestin descendre dans les bourses chez des enfants porteurs d'anneaux larges et de mauvais piliers, et descendre seulement à l'occasion d'un polype. Après l'ablation de la tumeur, les grands efforts que nécessite la défécation n'ont plus leur raison d'être: la hernie ne sort plus.

L'intervention chirurgicale eut un effet du même genre chez un de nos petits malades: une hydrocèle double péritonéo-vaginale, qui datait de quelques mois, se résorba spontanément, en une huitaine de jours, à la suite de l'ablation du polype.

Les complications de l'intervention sont les unes immédiates, les autres médiates. Les premières ont été notées très fréquemment dans un temps où les chirurgiens n'avaient pas le soin de provoquer l'oblitération des vaisseaux

(1) Comme pour toute intervention sur le rectum, il faut purger l'enfant l'avant-veille de l'opération. Le jour qui précède l'intervention, le petit malade sera mis au lait et on lui fait donner un lavement. Le chloroforme n'est utile que si l'enfant est indocile.

du pédicule. L'enfant éprouve le besoin d'aller à la selle; il perd du sang par l'anus, en quantité parfois notable, et bientôt il s'agite, il éprouve des tendances syncopales; son teint prend « une pâleur cadavérique » (Bardinet). Un tamponnement, l'usage de la glace, une piqûre d'ergotine, rendent bientôt maître de l'accident.

Parmi les complications médiates, il faut citer les hémorragies secondaires, les abcès : de tels accidents ne se produisent guère quand on a la précaution de condamner le malade au repos, d'immobiliser l'intestin à l'aide de l'opium, et d'assurer une propreté relative du rectum à l'aide de lavements boriqués, fréquemment répétés.

Le traitement des complications qui sont fonction du polype n'a rien de spécial. Nous nous contentons de rappeler que, chez les tout petits, le prolapsus ne relève, le plus souvent, d'aucune thérapeutique active. Il guérit de lui-même, et s'il coïncide avec le polype il n'en est pas toujours la conséquence.

Chez les enfants de 5 à 6 ans, l'ablation du polype n'a plus toujours raison du prolapsus; toutes les fois qu'on tarde à débarrasser l'enfant de sa tumeur, la complication demande une intervention, de même que le polype avait demandé la sienne, et l'opération qu'on pratique sur le prolapsus n'est ni la moins longue, ni la moins difficile, ni la moins grave.

BIBLIOGRAPHIE

- Traité généraux. — FOLLIN et DUPLAY. — POULET et BOUSQUET. — *Traité de chirurgie*, t. VII, article de POTIERAT.
- Traité de chirurgie infantile. — GUERSANT. — GIRALDÈS. — HOLMES, 1870. — DE SAINT-GERMAIN, 1884.
- Traité des maladies du rectum. — MOLLIÈRE, 1877. — CURLING, 1885. — BALL, 1887.
- Thèses. — MERCIER, 1857. — LEVÈQUE, 1866. — BOU, 1877.
- Mémoires divers. — STOLTZ. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1844, 1859, 1860. — DUFREISSE-CHASSAIGNE. *Soc. de chirurgie*, 1841. — GIGON, d'Angoulême. Acad. de méd., 1841. — BOURGEOIS, d'Étampes. *Bull. de th.*, t. XXIII, p. 265, 1842. — DOTZAUER. *Medizinisches Correspondenzblatt*, n° 27, 1845. — GUERSANT. *Gaz. des hôp.*, 1846, n° 155. — PERRIN. *Revue méd. chir.*, 1847. — FORGET. *Soc. de chir.*, 24 juillet 1850. — 1^{er} juin 1855. — ROBIN. *Gaz. des hôp.*, 1852. — BARDINET. *Union méd.*, 1855, n° 95, 6 août. — VERNEUIL. *Soc. chir.*, 1859 et *Soc. anat.*, 1872. — KEBERLÉ. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1859. — MOREL. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1859. — CORNIL. *Journ. anat. Robin*, 1855. — BOKAY. *Jahr. f. Kinderheilk.*, t. IV, p. 57, 1871. — MALASSEZ. *Soc. anat.*, 1872, p. 498. — GOSSELIN. *Leçons de cliniques chir.*, t. II. — WOODMAN. *Circ. and med. Press*, 5 mai 1875. — PAQUET. *Bull. méd. du Nord*, 1880. — POZZI. *Soc. de chir.*, 1884 et *Gaz. méd.*, PARIS, 1884. — TRÉLAT. *Progrès méd.*, 1885. — BELLELI. *Progrès méd.*, n° 50, 1885, 25 juillet. — BLANCHARD. *Dict. encyclop. des sc. méd.* (Hématologique). — *Bulletins Soc. anat.*, 1897.

IX

POLYADÉNOMES DE L'INTESTIN

PAR G. FÉLIZET,

Chirurgien de l'hôpital Bretonneau.

ET ALBERT BRANCA,

Agrégé à la Faculté de médecine.

Synonymie : Polypose du côlon, colite polypeuse, polypose intestinale adénomateuse, adénomes multiples du côlon et du rectum, polypose disséminée.

A l'inverse du polype banal du rectum, la polypose disséminée de l'intestin est une affection de l'âge mûr dont on compte d'ailleurs les observations. Elle peut se développer dans l'enfance, à titre d'exception; nous résumerons donc son histoire d'après cinq observations qu'on en possède chez l'enfant¹. Mais, pour combler les lacunes que présente encore, chez l'enfant, l'histoire de cette maladie, nous serons obligés de faire appel aux documents recueillis chez l'adulte, et nous ferons de larges emprunts au mémoire que Quénu et Landel ont publié sur l'affection qui nous occupe².

Anatomie pathologique. — Deux faits dominant l'histoire anatomique de la polypose intestinale. C'est d'abord la multiplicité des tumeurs polypeuses; c'est encore leur diffusion dans toute l'étendue du tractus digestif, de l'estomac jusqu'au rectum.

Les adénomes étaient au nombre de plusieurs centaines chez une jeune malade de Fochier. Ils ne siègent pas seulement sur le rectum; on peut en trouver encore sur le côlon et sur le grêle. Ils sont réunis en groupes dans une observation de Bickerstell.

De leur taille, de leur couleur, de l'état de leur surface, du caractère de leur pédicule, de leur structure même, nous ne dirons rien. Nous serions réduits à répéter ce que nous avons écrit sur les polypes du rectum.

Un seul point de l'histoire des adénomes nous retiendra : nous voulons parler de l'évolution.

L'étude d'une série de tumeurs, de taille progressivement croissante, peut seule nous renseigner sur l'évolution que doit subir un même adénome, au cours de la croissance.

Tout d'abord, au sommet d'un pli de la muqueuse, les glandes s'allongent : quelques-unes sont étranglées par places, et c'est là l'indice d'une segmentation.

Puis les glandes s'élargissent et se ramifient. Certaines d'entre elles s'oblitérent et se transforment en kystes. Leur épithélium augmente de taille. En même temps la tumeur, jusque-là sessile, commence à se pédiculiser.

⁽¹⁾ Avant 16 ans.⁽²⁾ Quénu et Landel. Les polyadénomes du gros intestin. *Revue de chirurgie*, t. XIX, p. 463, 1895.