

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, 1850. — 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 dominent 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.

Finalement le polype est constitué : ses parties jeunes, en voie de croissance, occupent le pôle de la tumeur où s'insère le pédicule ; les parties les plus anciennement développées se trouvent au pôle opposé de la néoplasie : on les reconnaît à leurs cavités, larges et irrégulières. Nombre de ces cavités répondent à des kystes.

La transformation de la polypose en cancer est extrêmement fréquente,

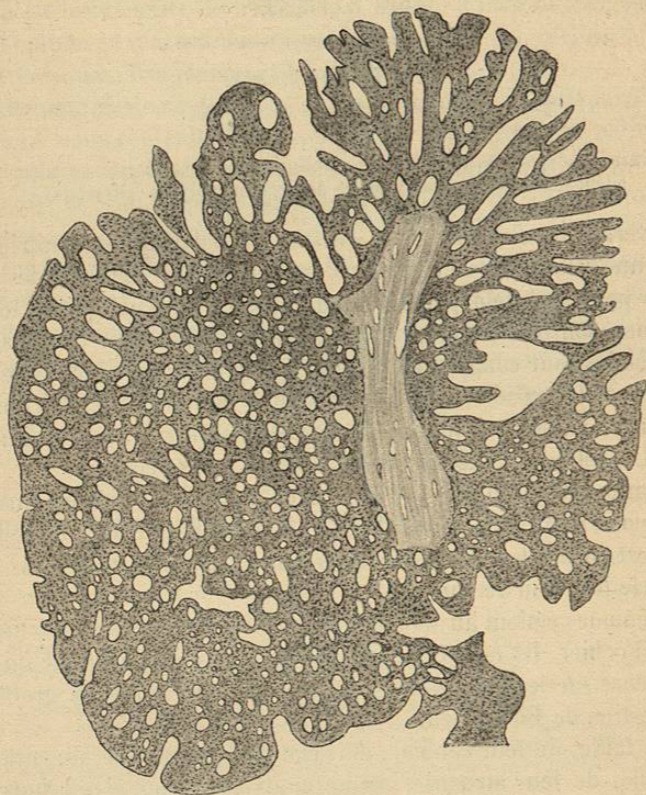


Fig. 1. — Coupe d'une tumeur dans un cas de polyadénome intestinal (d'après Quénu).

chez l'adulte tout au moins. On ignore encore si pareille évolution peut s'observer dans l'enfance.

Étiologie. — De l'étiologie de la polypose intestinale, nous ignorons tout ou à peu près.

Retenons seulement que, sur les 58 observations de polype rassemblées par Quénu et Landel, nous en trouvons seulement 5 qui se rapportent à des enfants au-dessous de 16 ans. Ce sont les faits de Luschka (sujets de 5 et 10 ans), de Bickerstell (11 ans), de Horand (13 ans), de Virchow (15 ans).

Symptômes. — 1° *Début.* Quand on interroge les sujets atteints de polypose intestinale, on constate que ces sujets se plaignent de troubles intestinaux variés. Ils accusent en général une diarrhée opiniâtre, un écoulement anal continu (Horand), et parfois des rectorrhagies. Tous ces troubles

datent de fort loin. C'est ainsi que le petit malade de Bickerstell (11 ans) avait des selles sanglantes depuis l'âge de 7 ans.

D'autre part, nous savons qu'un « malade âgé de 17 ans avait le souvenir dès sa plus tendre enfance de son rectum prolapsant et saignant ». Le malade de Fink (19 ans) voyait sortir de l'anus, à chaque défécation, depuis son enfance, un corps rougeâtre qu'il était obligé de réintégrer avec la main. L'observation de Fochier est identique : sa malade, âgée de 18 ans, se plaint que depuis l'âge de 12 ans, une masse saignante « sorte du rectum à chaque défécation, pour y rentrer, la selle une fois achevée ».

Il est assurément difficile de faire avec netteté le départ entre les lésions qui ont précédé l'apparition des polypes et le développement de ces derniers.

La diarrhée, les saignements, le prolapsus, la constatation d'un monopole sont-ils, en d'autres termes, des phénomènes simplement précurseurs qui peuvent avoir une influence sur le développement des polypes multiples, mais qui précèdent ce développement ? Ou bien sont-ils déjà les symptômes initiaux d'une polypose multiple, à évolution lente ? Les deux opinions peuvent se soutenir. La première nous paraît la plus probable, étant donnée la longue durée qui sépare, dans quelques cas, les premiers troubles des phénomènes graves que nous voyons accompagner habituellement la polypose multiple (Quénu et Landel).

2° *Période d'état.* — A la période d'état, les symptômes, jusque-là plus ou moins frustes, prennent une importance inquiétante : les malades vont consulter le médecin.

Ils se plaignent de diarrhée. Leurs selles ne sont pas seulement liquides. Elles sont souvent abondantes et se répètent avec une fréquence extrême. Elles sont d'une persistance désespérante ; on a prescrit aux malades la viande crue, les astringents, le lait, l'opium : tout échoue.

D'ordinaire, les matières fécales sont mélangées à du mucus ou à du sang. Elles sont épaisses, gluantes, comparables à de la poix, à de la mélasse.

Parfois, il s'écoule du rectum, en dehors des selles, des glaires muqueuses et du sang. Dans quelques observations, le sang rejeté par les malades est presque pur et de quantité considérable.

A ces symptômes, peuvent s'ajouter des douleurs, parfois violentes, avec irradiations vers les côtes et des accès de ténésme.

Ces phénomènes locaux ne sont pas sans retentir à la longue sur l'état général. Le petit malade de Bickerstell n'avait plus d'appétit ; il était pâle, d'une anémie profonde. Il s'acheminait à grands pas vers la cachexie.

3° *Évolution.* — Abandonnée à elle-même, la maladie progresse sans cesse. L'intervention chirurgicale amène parfois une amélioration réelle, mais cette amélioration n'est pas seulement passagère. Elle est généralement de très courte durée. Tel sujet a dû être réopéré jusqu'à 9 fois.

La polypose se termine généralement par la mort, et cette mort est causée par l'anémie et les progrès de la cachexie (Luschka). Chez l'adulte, tout au moins, une série de complications peut hâter la fin du malade.

Telles sont la tuberculose, l'invagination intestinale. Telle est surtout la transformation cancéreuse qu'on signale dans la moitié des observations.

Diagnostic. — Le diagnostic de la polypose est facile. Le toucher rectal permet de reconnaître des polypes multiples, sessiles ou pédiculés, isolés ou répartis en groupes, implantés sur la paroi rectale, aussi haut que le doigt peut atteindre. L'étendue de la polypose est souvent impossible à apprécier. Il n'y a guère à compter sur la consistance plus grande du côlon descendant et de l'anse sigmoïde (Whitehead), quand les segments du tractus digestif sont atteints d'adénomes multiples. Quant au diagnostic des complications, et du cancer en particulier, on n'a pas encore eu l'occasion de le faire, chez l'enfant, à notre connaissance tout au moins.

Traitement. — A) Il n'y a pas lieu de s'arrêter au traitement médical de la polypose; ce traitement, purement symptomatique, est absolument illusoire.

B) Le traitement chirurgical est chez l'adulte institué dans deux conditions bien différentes : 1° la polypose existe seule; 2° elle est associée au cancer. Chez l'enfant, nous n'avons à considérer que la première de ces deux éventualités. On se comportera à l'égard de chacun des polypes multiples comme à l'égard du monoadénome pédiculé. Mais, pour atteindre les polypes qui siègent haut dans le rectum, on peut être obligé de recourir à une rectotomie. Nous avons eu l'occasion de dire que les résultats de l'opération sont trop souvent temporaires. Trop souvent une série d'interventions doit être pratiquée.

Peut-être y aurait-il lieu de discuter une extirpation du rectum, si la polypose était limitée au rectum. Dans le cas où la polypose serait rectocolique, il faudrait vraisemblablement recourir à l'exclusion du côlon. On pratiquerait l'ablation des polypes du rectum et on jetterait une anastomose entre la fin de l'iléon et la fin de l'anse sigmoïde. Pour Quénu, « c'est dans cette voie qu'il y a lieu de chercher sinon la guérison, du moins l'amélioration de la polypose colique ».

Ces considérations nous semblent parfaitement rationnelles. Nous les exposons ici à titre d'indication, faute d'avoir jamais observé personnellement la polypose multiple de l'enfance.

TUMEURS FOLYPIFORMES DU RECTUM

I. — LYMPHADÉNOÏDES.

Sous le titre de lymphadénoïdes nous grouperons quelques observations ayant trait à des néoplasmes polypiformes du rectum, de structure lymphoïde. Les renseignements cliniques qu'on possède sur les 4 cas observés sont malheureusement incomplets : les petits malades, une fois débarrassés de leur tumeur, n'ont pas été revus.

I. *Observation de Ball.* — La première observation connue est celle de Ball (1887). Elle est publiée dans son livre « The rectum and anus » (p. 52).

II. *Observation de Shattock*⁽¹⁾. — « L'auteur observe deux tumeurs pédiculées, de 1 à 5 centimètres de diamètre, extirpées du rectum d'un enfant de 4 ans 1/2.

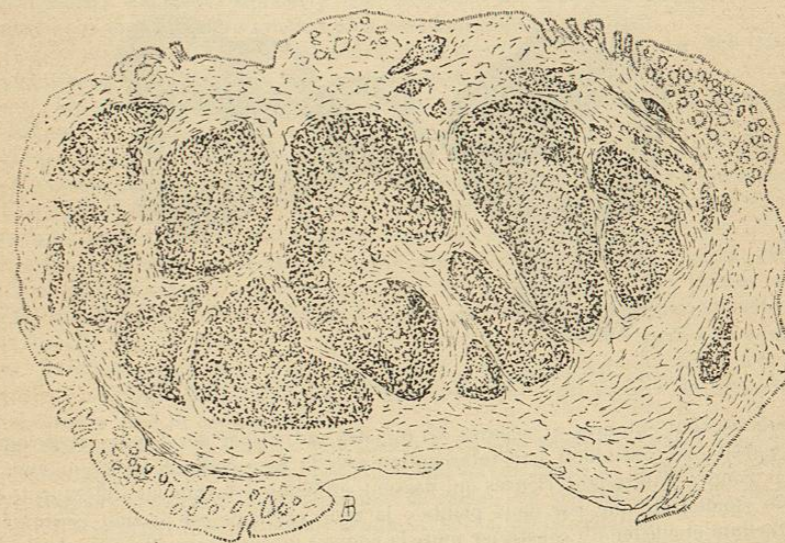


Fig. 2. — Lymphadénome. Coupe d'ensemble passant par le hile. La muqueuse est atrophiée; les glandes et la muscularis mucosæ ont disparu conjointement sur les 215 de la tumeur. La zone centrale est occupée par es lobules dde tissu réticulé (Verick, ocul. 1; obj. 1).

Ces tumeurs ont un aspect lobulé; sur la coupe, elles se montrent constituées par des masses sphéroïdales placées côte à côte, et recouvertes superficiellement par la muqueuse.

À l'examen microscopique, les deux tumeurs présentent la structure du tissu lymphatique, c'est-à-dire qu'elles sont formées d'un fin réticulum avec des cellules à noyau arrondi et fortement colorées. Le tissu glandulaire de la muqueuse et le tissu inter-glandulaire sont normaux; au-dessous se trouvent les « nodules lymphatiques ».

III. *Observation personnelle.* — Une fillette de 8 ans, en bonne santé, vient consulter pour des rectorragies survenues depuis deux mois : la perte sanguine est peu abondante; son retour est fréquent, mais irrégulier. Le toucher rectal montra

(¹) SHATTOCK. *Transact. of the pathol. Society of London*, 1890, p. 137.

l'existence d'une petite tumeur, grosse et ronde comme un noyau de cerise. Son pédicule, large et court s'implante à la face postérieure du rectum, à trois travers de doigt de l'anus. Le polype fut enlevé le 27 juin 1896; la petite malade n'a pas été revue depuis le 2 juillet.

La tumeur est rouge, lisse, à peine lobulée. Sa consistance est molle, sa coupe gluante. Elle a été fixée dans le Muller, durcie dans l'alcool, enrobée dans la paraffine. Les noyaux ont été colorés à l'hématéine, le fond à l'éosine ou à l'aurantia.

Examen histologique. — A) *Examen à un faible grossissement.* — Les coupes sagittales qui passent par le hile sont réniformes; elles présentent deux extrémités, un bord libre, convexe, un bord d'implantation concave. On y distingue deux zones :

1° Une zone périphérique, claire, qui répond, dans une petite portion, au hile de la tumeur, et, dans le reste de son étendue, à la surface libre ou muqueuse du polype. Cette dernière région, revêtue d'un épithélium, est garnie, çà et là, de culs-de-sac glandulaires, qui se répartissent en groupes, au nombre de cinq sur la coupe que nous figurons.

2° La zone périphérique forme couronne autour de la zone centrale reconnaissable à ses lobules irréguliers, foncés, juxtaposés comme une mosaïque grossière.

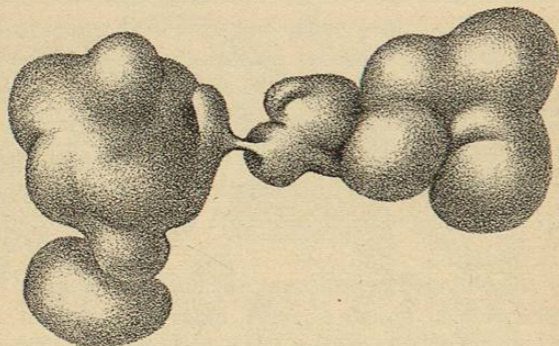


Fig. 5. — Lymphadénome du rectum grossi deux fois (d'après Quénu).

Ces lobules sont entourés et séparés les uns des autres par des bandes claires qui, par endroits, se continuent sans interruption avec la zone corticale de la tumeur.

Les coupes antéro-postérieures qui passent en dehors du hile ne diffèrent de la section équatoriale que par deux points : la zone corticale est partout recouverte d'épithélium et elle tend à constituer toute la coupe à mesure que celle-ci se rapproche davantage des pôles droit ou gauche de la tumeur.

B) *Examen à un fort grossissement.*

1° *Zone corticale.* — La zone corticale qui répond à la muqueuse comprend un épithélium de revêtement, des glandes et un derme.

L'épithélium de revêtement est un épithélium à plateau cylindrique, haut et clair, dont le noyau ovoïde occupe la partie moyenne de la cellule. De place en place, des noyaux ronds ou réniformes s'intercalent : ils appartiennent à des cellules migratrices ou à des cellules de remplacement. De loin en loin une cellule caliciforme s'interpose entre les éléments cylindriques.

Des glandes interrompent la continuité de l'épithélium. Ce sont de longues glandes en tube dont l'extrémité est simple ou bifide. Elles sont tantôt parallèles à la coupe et leur lumière est alors réduite à une fente plus ou moins allongée, tantôt plus ou moins obliques à la section; elles se projettent alors suivant un cercle, ou suivant un cœur de carte à jouer. Elles manquent sur une bonne partie de la surface de la tumeur. Les cellules qui les constituent sont : 1° de hautes cellules cylindriques, dont le noyau est toujours situé près du pied, légèrement incurvé; 2° des cellules caliciformes, autrement nombreuses que sur la surface de revêtement; le corps de la cel-

lule, distendu par le mucus, excave en cupule le noyau qui occupe la zone d'implantation de l'élément. De place en place, une glande se transforme en kyste, à contenu granuleux; son épithélium est polymorphe; aplati dans le segment voisin de l'épithélium de revêtement, il est ailleurs cylindrique ou cubique.

Le derme de la muqueuse comprend des éléments propres, une musculature, des vaisseaux. Comme éléments propres nous trouvons : 1° des faisceaux conjonctifs, onduleux et fins, avec leurs cellules fixes; 2° des lymphocytes à noyau volumineux; 3° des leucocytes de la grosse variété dont les noyaux, arrondis ou lobés, sont uniques ou multiples; 4° des leucocytes à granulations éosinophiles. Par endroits, ces éléments infiltrent le pourtour des glandes de Lieberkühn et leur forment manchon; ailleurs, ils sont groupés et constituent de véritables follicules lymphatiques intra-muqueux.

Une muscularis délimite profondément la muqueuse. Les fibres forment des traînées parallèles à la surface de la muqueuse et se reconnaissent à leur noyau en bâtonnet. Mais cette tunique présente de telles solutions de continuité que le derme de la muqueuse se continue largement, en maint endroit, avec les travées conjonctives de la zone sous-muqueuse.

Les vaisseaux sanguins ne nous ont pas semblé plus riches en leucocytes qu'à l'état normal; quelques capillaires sont entourés de cellules embryonnaires. Les lymphatiques sont peut-être un peu plus développés qu'à l'ordinaire.

2° *Zone centrale.* — La zone est répartie en masses irrégulières par des travées conjonctives, qui, au niveau du hile, se continuent avec les tissus du rectum, et, qui, ailleurs, se continuent avec le derme de la muqueuse, partout où la muscularis fait défaut.

Ces travées sont formées de fibrilles rares et délicates, de leucocytes¹ extrêmement nombreux, et de vaisseaux qui vont pénétrer dans les lobules de tissu réticulé.

Ces lobules irréguliers, polygonaux, comprennent deux zones concentriques; l'une forme cortex, c'est la plus riche en éléments; l'autre est centrale; elle est plus clairsemée de cellules, et partant de teinte plus pâle; dans quelques points, elle se continue avec les travées interlobulaires. Une analyse du tissu de ces lobules nous montre la présence : 1° d'un réticulum délicat, que le pinceautage met en évidence; 2° de leucocytes de la petite et de la grande variété, occupant les mailles du réseau; 3° de place en place, nous trouvons, surtout nets dans la zone médullaire, des capillaires sanguins équidistants, dont la lumière arrondie est séparée du tissu voisin par un mince anneau conjonctif.

IV. *Observation de Quénu*². — Une fillette de 12 ans, constipée depuis longtemps, vient consulter pour une tumeur pédiculée, qui sort de l'anus au moment des selles. Cette tumeur, semblable à une grappe de raisin, ne provoque aucune douleur, aucune hémorragie. Elle n'a jamais rendu la défécation laborieuse.

La tumeur s'est développée au-dessous de la sous-muqueuse. Elle est formée de lobes, de structure lymphoïde. Chacun de ces lobes est recouvert d'une muqueuse amincie. Il apparaît formé d'un stroma fibreux au sein duquel sont épars 20 ou 25 îlots, dont l'aspect rappelle celui des follicules clos.

L'auteur, sans se prononcer sur la nature du néoplasme, insiste sur la rareté des figures de division, et sur l'absence des cellules éosinophiles. Ces deux faits plaideraient plutôt en faveur d'une tumeur bénigne. A ces deux faits nous n'attachons pas une importance plus grande que ne le fait l'auteur. Nous savons, en effet, que les centres germinatifs des follicules clos sont normalement le siège des karyokinèses et nous avons signalé, d'autre part, la présence de leucocytes éosinophiles.

II. — ANGIOMES.

Longuet résume dans ces termes l'unique observation d'angiome que nous connaissons. « H. Marsch dit-il, a observé un cas d'angiome du rectum chez une petite

(¹) Qui ne sont jamais des leucocytes éosinophiles.

(²) *Chirurgie du rectum*, II.

filles de 10 ans, sujette aux hémorragies depuis l'âge de 2 ans. Ces hémorragies s'étaient présentées d'abord par intervalle d'un an, puis étaient devenues plus fréquentes et mensuelles. La quantité de sang variait d'une cuillère à thé à une tasse à thé. En l'examinant avec le spéculum, on trouve un nævus entourant presque tout l'intestin, tout contre le bord de l'anus et atteignant à 1 pouce 1/2 du rectum. Traitément avec le cautère de Dupuytren. L'enfant fut très soulagée de ses hémorragies, mais non guérie. On eût pu prendre ce nævus pour un rétrécissement¹. »

III. — KYSTES DERMOÏDES.

On connaît quelques observations de kystes dermoïdes du rectum, mais ces observations sont encore en nombre trop restreint pour qu'on puisse en écrire l'histoire.

Nous nous bornons donc à résumer les deux observations les plus connues.

*Observation de Port*¹ (1880). — Il s'agit d'un kyste dermoïde qui, depuis 3 mois, occasionnait des troubles de la défécation. La tumeur sortait de l'anus à chaque selle et ne pouvait qu'à grand-peine être réduite, une fois la défécation achevée. Elle s'implantait sur la ligne médiane postérieure par deux courts pédicules, insérés à trois travers de doigt de l'anus. On pratiqua son ablation quand elle commença à se sphaceler. On trouva sur la pièce de la peau, des poils, des glandes sébacées, de l'os et même une dent qui présentait les caractères d'une canine.

Observation de Clutton (1885). — Une fillette de 8 à 9 ans fut prise subitement de douleurs, de diarrhée, de rectorrhagies, de frissons et de fièvre. Quelque temps après, elle élimina un paquet de poils, et un peu plus tard, la tumeur fait saillie à l'anus. L'enfant fut examinée en 1885 par Floyer qui constata dans le rectum une tumeur polypiforme, qu'on pouvait sentir en palpant la fosse iliaque. La tumeur était implantée par un double pédicule, à l'union du rectum et de l'anse sigmoïde. Elle fut enlevée par l'anus, après ligature de son pédicule. Elle présentait une enveloppe tégumentaire, recouverte de poils.

⁽¹⁾ *Mansch. Med. surg. Society.*

⁽²⁾ *Transact. of the path. Soc., t. XXXI, p. 507.*

X

FISSURE A L'ANUS

PAR G. FÉLIZET,

Chirurgien de l'hôpital Bretonneau,

ET ALBERT BRANCA,

Agrégé à la Faculté de médecine.

Historique. — Boyer, qui étudia le premier la fissure anale (1818), emprunta tous les éléments de sa description à la fissure de l'adulte. Velpeau¹ n'avait jamais vu la fissure chez l'enfant et il s'étonne d'avoir pu l'observer chez un malade de 21 ans et chez un autre de 18. Gosselin nous dit que la « fissure à l'anus est rare chez l'enfant », et Bouchut ne lui consacre que quelques lignes dans son *Traité de pathologie infantile*.

C'est à Duclos qu'on doit le premier travail sur la « gerçure à l'anus » de l'enfant (1846). A sa suite, Gautier (1865), Aubry (1865), Mabboux (1876) ont étudié, « non sans quelque confusion » (Peyrot), la fissure des nouveau-nés, et il faut en venir au livre d'Allingham, à la Chirurgie du Rectum de Quénu et Hartmann pour trouver, résumé en quelques phrases, ce que nous savons de plus précis sur la question qui nous occupe.

Définition. — Pour l'anatomo-pathologiste, la gerçure de Boyer, l'ulcère irritable des auteurs anglais est une ulcération traumatique, superficielle, déterminée et entretenue par les micro-organismes qui sont les hôtes habituels du rectum. Pour le clinicien, c'est un syndrome que caractérise l'association de trois éléments : l'ulcération fissuraire, la contracture et la douleur. C'est un syndrome, nous le répétons avec intention, ce n'est pas une entité morbide : aussi conçoit-on que des lésions de nature et de siège bien différents puissent déterminer son apparition.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de l'affection se réduit à l'étude de la fissure. Cette fissure, examinée en place, sur le malade, est étroite et allongée. Elle ne doit cette forme qu'à un phénomène d'adaptation dont les plis radiés de l'anus sont les agents. Elle siège souvent en arrière, sur la ligne médiane, au-devant du coccyx ; elle intéresse la peau et la muqueuse ; elle est, d'ordinaire, intra-sphinctérienne.

Quand on a excisé une fissure, nous dit Quénu, on constate qu'elle est d'ordinaire de forme arrondie. La coupe histologique qu'on y pratique peut nous montrer successivement, « en partant de la surface de l'ulcère, une couche de cellules rondes, granuleuses, d'une épaisseur inégale, manquant même par places ; une couche de faisceaux fibreux parsemés de cellules rondes et fusiformes, granuleuses, et traversée par des vaisseaux... paral-

⁽¹⁾ *Dictionnaire en 25 volumes.*