

**HÉMORROÏDES.** — Les hémorroïdes sont les varices des veines ano-rectales.

Chez l'adulte et surtout chez le vieillard on observe au niveau des valvules de Morgagni de petites ampoules dont le volume varie de la grosseur d'un grain de blé à celle d'un petit pois. Leur fréquence est telle que Duret les considérait comme les origines normales des veines hémorroïdales supérieures. Quénu a montré que ces dilatations étaient déjà pathologiques et qu'elles constituaient de véritables hémorroïdes en miniature. Elles n'existent pas en effet à la naissance; chez le nouveau-né ce sont des pinceaux, de petits troncules veineux qui occupent les colonnes de Morgagni et qui servent d'anastomose entre les deux systèmes de veines hémorroïdales supérieures et inférieures.

Ces dilatations veineuses constituent donc le siège initial des hémorroïdes: ce sont les hémorroïdes internes. De là l'altération variqueuse s'étend, soit en bas, vers les rameaux d'origine des hémorroïdales inférieures constituant les hémorroïdes externes, soit plus rarement en haut le long des branches de l'hémorroïdale supérieure, pouvant s'étendre par les anastomoses aux veines de la prostate ou du vagin et même jusqu'au territoire de l'ischiatique par les veines du grand fessier. Il faut donc distinguer des hémorroïdes internes et externes.

**Hémorroïdes internes.** — Comme nous l'avons dit, la lésion initiale est constituée par une ampoule appendue à un ramuscule veineux, mais on observe également différentes formes, dilatations serpentines, renflements en fuseau, veinules branchées sur une anse comme les fils d'une aigrette. La tumeur hémorroïdaire, ou plus simplement l'hémorroïde est constituée essentiellement par un paquet de ces veines dilatées, appendu à un ou plusieurs troncules veineux.

Par leur réunion, les différentes tumeurs hémorroïdaires arrivent à constituer un bourrelet annulaire plus ou moins régulier siégeant à 12 ou 15 millimètres au-dessus de l'orifice anal. Grâce à la laxité de la couche celluleuse sous-jacente, ce bourrelet, constamment repoussé par le passage des matières, tend à descendre vers l'anus et à se montrer à l'extérieur. La procidence vient compliquer l'altération variqueuse.

**Hémorroïdes externes.** — Elles siègent au pourtour de l'anus et sont ou sous-muqueuses, ou sous-cutanées, ou plus souvent sous-cutanéomuqueuses. La dilatation veineuse est ici plus considérable; les ampoules mesurent de 7 à 8 millim. de diamètre. Il peut n'y avoir qu'une seule hémorroïde externe, ou bien, et c'est l'ordinaire, il existe un bourrelet externe formé de quatre paquets séparés par des sillons antéro-postérieurs et transversaux en forme de croix.

Les lésions histologiques ont été bien étudiées par Quénu. Tantôt les parois veineuses sont épaissies, tantôt elles sont amincies.

L'épaississement est rarement dû à l'hypertrophie des fibres musculaires; ces fibres disparaissent au contraire le plus souvent et sont remplacées par une sorte de tissu conjonctif muqueux. Les lésions portent surtout sur l'endoveine qui présente un véritable bourgeonnement.

Quand la dilatation est considérable on observe l'amincissement de la paroi vasculaire; cette paroi peut rester indépendante du tissu environnant, ou au contraire se fusionner avec lui ou avec d'autres veines voisines dilatées. La communication va même jusqu'à s'établir entre différents vaisseaux; il en résulte

une disposition tout à fait irrégulière des cavités vasculaires qui rappelle l'aspect du tissu caverneux.

Lorsque sous l'influence de l'inflammation se produit une thrombose, le caillot s'organise et la veine se trouve transformée en tissu fibreux. On appelle marisques ces hémorroïdes indurées, fibreuses.

La muqueuse ano-rectale présente des lésions d'inflammation chronique avec altérations des capillaires dilatés et épaissis. Il faut remarquer que les artères restent toujours normales: il n'y a pas d'hémorroïdes artérielles comme le croyait Allingham.

**Étiologie.** — Les hémorroïdes sont d'une extrême fréquence, mais tous les sujets qui en sont porteurs n'en souffrent pas au point de consulter. Elles se développent surtout vers l'âge de 30 ou 40 ans, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Il est certain que le tempérament arthritique y prédispose et cette prédisposition est souvent héréditaire. On les observe plus particulièrement chez les sujets sanguins, pléthoriques, présentant d'autres manifestations arthritiques, gravelle, rhumatisme, goutte, etc., chez les gros mangeurs, les sédentaires, les constipés.

Dans tous ces cas les hémorroïdes ne présentent pas une étiologie bien nette; elles sont dites pour cela *idiopathiques*, par opposition aux hémorroïdes *symptomatiques* qui surviennent à titre d'accident ou de complication au cours d'une maladie. Cette maladie causale peut être une affection soit du rectum (rectite, rétrécissement et surtout cancer), soit des organes génito-urinaires (calculs vésicaux, hypertrophie de la prostate, salpingite), soit encore une tumeur pelvienne. Le rôle étiologique de la grossesse est également considérable puisque d'après Budin, plus d'un tiers des femmes enceintes sont atteintes d'hémorroïdes. Il y a lieu de n'admettre qu'avec réserve l'influence des maladies des poumons, du cœur et surtout du foie (cirrhose atrophique) qu'on a plus particulièrement incriminées.

**Pathogénie.** — Nous laisserons de côté la *théorie de la congestion de Stahl*; elle ne nous explique pas le pourquoi sur ces congestions d'ailleurs réelles, ni surtout leur localisation exclusive au segment terminal de l'intestin. Nous ne nous arrêtons pas davantage à la théorie récemment soutenue en Allemagne par Reinbach: les hémorroïdes ne seraient que des *angiomes* des veines ano-rectales. Certes, la nature angiomateuse de certaines hémorroïdes peut être incontestable, et cette constatation expliquerait très bien les hémorroïdes existant chez de tout jeunes enfants, mais cette théorie ne saurait s'appliquer qu'à des cas tout à fait exceptionnels.

Deux conditions essentielles dominent toute la pathogénie de l'affection hémorroïdaire: 1° La modification de structure des parois veineuses; 2° la dilatation de ces veines. Laquelle de ces deux conditions agit la première?

La dilatation veineuse est le fait initial, disent les défenseurs de la *théorie mécanique*. Ils font ressortir la gêne de la circulation veineuse rectale, à cause de sa situation déclive, de l'absence de valvules, du passage des veines à travers la musculature de l'intestin. Duret a insisté encore sur l'obstacle que la contraction sphinctérienne apporte à la circulation dans les veines anastomotiques, qui d'après lui traverseraient les muscles; cette disposition anatomique

est d'ailleurs fortement contestée. Qu'à ces conditions premières défectueuses s'ajoutent des causes d'hypertension secondaire et la lésion sera constituée. Ainsi agirait la gêne de la circulation porte dans les affections du foie, par exemple, dans l'effort, la constipation.

En réalité, ces conditions mécaniques n'agissent que secondairement. Le fait initial, c'est l'altération de la paroi veineuse. C'est parce que ces vaisseaux ont perdu leur puissance contractile, que leurs parois sont devenues scléreuseuses qu'ils se laisseront dilater et dilater d'une façon définitive sous l'influence de la pression sanguine. Quant à l'origine de cette modification de structure, elle peut être une manifestation d'une phlébo-sclérose diffuse, étendue à tout le système veineux, ou au contraire la conséquence d'une infection locale se faisant par les éraillures de la muqueuse. Quénu considère cette dernière condition comme la plus fréquente, je pense avec Pierre Delbet que le rôle de l'infection locale n'est peut-être pas aussi important, il est nul pour les varices des jambes, il est bien difficile d'admettre qu'il puisse être exclusif dans les varices rectales.

**Symptômes.** — Il est presque impossible de dire à quel moment débutent les hémorroïdes, car les symptômes de la première période de leur développement sont tout à fait vagues; ils consistent en un peu de pesanteur, une persistance du besoin après l'évacuation des matières, quelques démangeaisons qui parfois cependant peuvent être très pénibles. Les hémorroïdes ne se manifestent cliniquement qu'à l'occasion d'un accident, hémorragies, procidence, phénomènes douloureux dus à une poussée de phlébite légère ou accidents plus sérieux d'infection ou d'étranglement.

En dehors de toute complication, les hémorroïdes externes se montrent sous forme de petites saillies situées au pourtour de l'orifice anal, à l'union de la peau et de la muqueuse. Elles peuvent être localisées ou au contraire former comme une couronne autour de l'anus. Leur aspect est violacé, bleuâtre; elles se tendent pendant l'effort, mais se réduisent sous la simple pression du doigt. Lorsqu'elles s'enflamment, elles deviennent douloureuses; le simple contact, la marche, les efforts exaspèrent ces douleurs au point qu'elles occasionnent un certain degré de retentissement sur l'état général. C'est la *crise hémorroïdaire*; elle est due à une infection des veines variqueuses, c'est-à-dire à une véritable phlébite. Les hémorroïdes inflammées sont devenues volumineuses, dures, complètement irréductibles. La peau ou la muqueuse qui les recouvre est lisse, tendue, amincie, violacée au point qu'elle semble devoir se rompre. C'est d'ailleurs ce qui se produit parfois; la poche se rompt laissant échapper un caillot et une petite quantité de pus. Ainsi évolue l'abcès hémorroïdaire qui peut être l'origine d'une fistule. La résolution peut aussi s'observer; presque toujours cependant les veines thrombosées restent imperméables; on donne le nom de *marisques* à ces hémorroïdes devenues fibreuses.

Plus encore que les hémorroïdes externes, les hémorroïdes internes ne se manifestent qu'après une période latente plus ou moins longue, le premier symptôme est d'ordinaire l'hémorragie.

Tantôt il s'agit de quelques filets de sang à la surface des matières, tantôt l'hémorragie plus considérable se fait sous forme de véritables jets de sang

rutilant, émis avec force au moment de la défécation et suivant l'expression de Richet, tigrant les parois du vase. Le sang peut même s'accumuler dans l'ampoule rectale en assez grande quantité et provoquer une *sensation de besoin* et provoquer une défécation uniquement sanglante. Mais c'est moins par leur abondance que par leur répétition que ces hémorragies présentent de la gravité.

Elles se reproduisent d'une façon tout à fait irrégulière, durant plusieurs jours, plusieurs semaines pour cesser ensuite pendant un temps parfois très long. On a cru remarquer dans quelques cas une certaine périodicité dans le retour de ces écoulements ou encore leur alternance avec des crises d'asthme, de goutte ou de rhumatisme.

Exceptionnellement, l'importance de l'hémorragie est telle qu'elle amène rapidement la mort; elle est alors bien souvent sous la dépendance de l'hémophilie.

La fréquence de ces écoulements sanguins amène le malade au dernier degré d'anémie. Il s'amaigrit, perd ses forces, prend un teint jaune, cireux, qui rappelle celui des cancéreux cachectiques, et faute d'un examen local approfondi cet aspect a causé bien des erreurs de diagnostic. L'origine de ces hémorragies est soit la rupture d'une ampoule variqueuse, soit des altérations des capillaires de la muqueuse, soit même des lésions plus graves, érosions, ulcérations de la muqueuse, que l'on peut constater par l'examen direct à l'aide d'une valve introduite dans le rectum.

Tant que les hémorroïdes internes restent cachées dans le rectum on dit qu'elles sont *non procidentes*; mais peu à peu, par suite de leur développement d'une part, par suite surtout de la poussée qu'elles subissent à chaque défécation lors du passage au bol fécal, elles descendent et se montrent à l'extérieur. Elles sont devenues *procidentes*. Au début la procidence n'est que momentanée; les hémorroïdes ne sortent que pendant la défécation pour rentrer ensuite spontanément ou sous l'influence d'une légère pression.

Puis à la longue l'anus se laisse dilater, le sphincter se relâche, l'issue des paquets hémorroïdaires devient plus facile et ils ne se réduisent plus spontanément. Leur présence à l'extérieur n'est pas douloureuse mais elle provoque de faux besoins de défécation qui augmentent encore le déplacement. Grâce à la laxité de la couche celluleuse sous-jacente, les hémorroïdes entraînent la muqueuse et ce prolapsus se produit non seulement au moment de la défécation, mais à l'occasion du moindre effort, de la toux, de la miction, de la marche. Il en résulte une infirmité véritablement pénible. La réduction est encore possible, mais elle est difficile; le malade pour l'obtenir est obligé de se livrer à un taxis plus ou moins prolongé, la muqueuse s'irrite et s'enflamme et l'irréductibilité apparaît.

Cette *irréductibilité* reconnaît deux causes différentes qui d'ailleurs agissent simultanément, l'inflammation, l'étranglement. L'inflammation due à la phlébite provoque de la douleur et cette douleur par voie réflexe amène la contracture du sphincter qui étrangle la masse procidente et s'oppose à la réduction. Les douleurs deviennent alors très vives, s'accompagnant de ténésme rectal et vésical et parfois de rétention d'urine. Si l'on examine la région anale on y trouve deux bourrelets disposés concentriquement: l'un extérieur rouge vif est formé par les hémorroïdes externes, l'autre central, irrégulier, composé

de bosselures dures, tendues, violacées, recouvertes de mucosités, représente le bourrelet interne procident étranglé. La muqueuse rectale présente des lésions de rectite chronique. C'est à la rectite hémorroïdaire qu'il faut attribuer ces douleurs vagues, ces faux besoins de défécation qu'on a qualifiés de coliques hémorroïdaires, de même que les écoulements muqueux ou muco-purulents, Richet donnait le nom d'hémorroïdes blanches à ce catarrhe chronique du rectum.

La crise hémorroïdaire ne présente pas toujours la même intensité. Les petites poussées douloureuses peuvent se terminer au bout de quelques jours par la résolution complète. Assez fréquemment, l'hémorroïde enflammée se rompt sous l'influence de l'augmentation de pression; elle se vide et la réduction se fait ensuite. Mais sous l'influence de l'étranglement les accidents deviennent plus graves, le sphacèle se produit soit partiel, superficiel, soit total, amenant l'élimination de toute la masse procidente par lambeaux successifs. Il peut en résulter des accidents infectieux par propagation aux tissus voisins, des phlegmons, des fistules, plus tard des troubles fonctionnels, la cicatrisation de la plaie laissée par l'escarre ne s'étant faite qu'en laissant après elle un rétrécissement cicatriciel.

**Diagnostic.** — Il ne présente en général aucune difficulté. Le malade étant couché sur le côté, la simple inspection renseigne sur l'existence des hémorroïdes externes. En dépliant l'anus et en priant le malade de pousser comme s'il voulait aller à la selle, on peut apercevoir les bosselures saillantes des hémorroïdes internes. Mais cet examen ne suffit pas, il faut toujours le compléter par le toucher rectal. C'est le seul moyen d'éviter de graves erreurs de diagnostic; que de cancers au rectum sont restés méconnus, qu'on aurait pu diagnostiquer et par suite opérer, si l'on avait pratiqué le toucher en temps opportun!

Les hémorroïdes externes indurées ressemblent assez parfois à des *condyloles*, mais ceux-ci siègent de préférence en avant ou en arrière de l'anus; ils sont durs, plus ou moins pédiculés et surtout ils font partie intégrante de la peau qu'on ne peut plisser à leur surface. Ils sont indolents et toujours complètement irréductibles.

Le cancer ne donne lieu à des erreurs de diagnostic le plus souvent qu'en raison d'un examen insuffisant. Le cancer anal avec ses végétations en chou-fleur reposant sur une base indurée, ne ressemble que de loin à des hémorroïdes même enflammées et ulcérées. Le diagnostic peut être un peu plus délicat pour le cancer ano-rectal. Il ne faut pas, nous l'avons dit, s'en laisser imposer par le teint cachectique du malade, mais toujours pratiquer le toucher rectal, au besoin même faire l'examen direct à l'aide d'une petite valve. Les masses bourgeonnantes ou les plaques ulcérées et dures du carcinome sont bien différentes des saillies lisses et souples des hémorroïdes, mais il peut être plus délicat de faire le diagnostic d'un néoplasme au début développé au niveau d'une ampoule hémorroïdaire.

C'est également l'examen direct qui permet le mieux de distinguer d'une hémorroïde interne non procidente, hémorragique, un *polype du rectum*. Ce dernier, qui d'ailleurs se rencontre plutôt chez l'enfant que chez l'adulte, est unique, de consistance plus ferme et muni d'un pédicule.

Le prolapsus de la muqueuse rectale est régulier, circulaire, avec un orifice à son sommet, tandis que le bourrelet hémorroïdaire est formé de trois ou quatre paquets séparés par des sillons plus ou moins profonds.

Enfin les hémorroïdes peuvent être symptomatiques. Un diagnostic complet doit donc s'accompagner de l'examen de la cavité abdominale et de l'état général du sujet.

**Pronostic.** — Les hémorroïdes constituent une affection le plus ordinairement bénigne: chez les sujets sanguins, pléthoriques, les hémorragies, si elles ne sont ni trop répétées, ni trop abondantes, ont la valeur d'une saignée et c'est à ce titre que les hémorroïdes peuvent être considérées comme bienfaisantes. La guérison spontanée est-elle possible? Évidemment oui si par guérison on entend la disparition des accidents fâcheux qui compliquent d'ordinaire l'évolution de la maladie hémorroïdaire, mais la dilatation variqueuse une fois produite persiste indéfiniment. Elle présente des complications et ce sont ces accidents bien plus que la maladie elle-même qui obligent le chirurgien à intervenir.

**Traitement.** — On peut dans une certaine mesure éviter l'apparition des hémorroïdes, ou tout au moins des accidents qui en font la gravité, par un ensemble de soins qui constituent l'hygiène du rectum. Combattre la constipation par un régime approprié, éviter toute irritation, toute lésion de la région anale pouvant servir de porte d'entrée à l'infection, entretenir cette région dans un état de propreté minutieuse, tels sont les principes de ce qu'on pourrait appeler le *traitement prophylactique*.

Toutes les hémorroïdes ne sont d'ailleurs pas justifiables d'un traitement chirurgical. On peut respecter celles qui ne s'accompagnent pas de douleurs, d'hémorragies ou de troubles de l'état général. Dans ces cas, les précautions que nous venons d'indiquer suffisent, jointes au traitement médical: iodure à faibles doses, hamamelis virginica, etc. L'opération est même contre-indiquée lorsqu'on se trouve en présence d'hémorroïdes symptomatiques d'un cancer du rectum, d'une tumeur pelvienne ou d'une affection viscérale, cardiaque ou hépatique. Il en est de même, du moins le plus souvent, pour celles qui surviennent pendant la grossesse; à moins d'urgence, il vaut mieux tout au moins retarder l'intervention. C'est alors que le traitement palliatif doit être mis en usage; les hémorragies, quand elles ne sont pas par trop graves, cèdent aux irrigations très chaudes, aux suppositoires au tanin, au sulfate de fer, et surtout au tamponnement du rectum, ou, quand elle est possible, à la cautérisation du point qui saigne. On peut avoir raison des crises hémorroïdaires légères par des pansements humides très chauds, des pulvérisations, des bains de siège, des irrigations rectales à 50°. On a préconisé l'usage de différentes pommades au calomel, à l'iodure. J'aurais, pour ma part, plus de confiance dans les applications de cocaïne ou d'adrénaline.

Quand les hémorragies internes deviennent procidentes, il faut évidemment tenter de les réduire; le meilleur procédé consiste à les enduire de vaseline cocaïnée, puis, par des pressions douces, on cherche à diminuer leur volume, de façon à leur permettre de rentrer. Si les hémorroïdes sont déjà sphacélées,

on se gardera de les réduire il ne reste plus qu'à attendre leur élimination ou à en pratiquer l'exérèse.

Le traitement chirurgical comporte des indications absolues, les hémorragies, les douleurs fissuraires, les phlébites, l'étranglement : il est encore indiqué, quoique moins formellement, quand le malade éprouve une gêne qui l'empêche de se livrer à ses occupations, ou quand pour une cause ou pour une autre, l'affection amène un certain retentissement sur l'état général.

Ce traitement opératoire comprend trois grandes méthodes : la dilatation, la cautérisation, l'extirpation. Je laisse de côté l'emploi des caustiques, les injections de perchlorure de fer, l'écrasement avec l'instrument de Chassaignac qui sont des méthodes à rejeter complètement aujourd'hui. L'électrolyse mérite d'être conservée pour certains cas exceptionnels, comme ces hémorroïdes de l'enfant qui, nous l'avons dit, sont peut-être bien des angiomes et méritent d'être traitées comme tels.

La dilatation est moins maintenant une méthode thérapeutique que le premier temps d'opérations plus complexes. Elle suffit pourtant à arrêter dans certains cas les hémorragies, mais surtout elle fait disparaître la contracture du sphincter et par là même est d'une efficacité incontestable contre les horribles douleurs de la fissure. Elle trouve son indication quand l'état général par trop précaire du sujet ne permet pas d'entreprendre une opération grave ou quand on a affaire à des hémorroïdes peu développées dont le seul symptôme est l'hémorragie. Son manuel opératoire est simple. La plupart des chirurgiens font la dilatation sous chloroforme, mais Reclus a bien montré qu'en sachant manier la cocaïne, l'anesthésie locale peut être obtenue d'une façon parfaitement suffisante. Voici sa technique : on applique tout d'abord plusieurs petits tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution de cocaïne à 1 pour 100. Ces tampons munis d'un fil d'attache sont poussés doucement à l'aide d'une pince et abandonnés dans l'ampoule rectale. On fait alors autour de l'anus, avec la seringue de Pravaz, une série d'injections dans le tissu cellulaire de la région. Quatre injections suffisent d'ordinaire, toujours avec la solution à 1 pour 100. On complète l'anesthésie par six injections faites en plein muscle sphinctérien et régulièrement espacées. Pour ces dernières injections on introduit l'index dans le trajet anal, puis on enfonce dans la peau l'aiguille de la seringue et on la fait cheminer lentement dans l'épaisseur du muscle et parallèlement au doigt qui la guide. Pendant l'ascension de l'aiguille, on vide environ la moitié de la seringue, et pendant sa descente l'autre moitié. Les injections terminées, il faut attendre environ cinq minutes et l'anesthésie est alors complète. On pratique alors la dilatation soit avec le spéculum de Trélat, soit avec les pouces introduits dos à dos dans le rectum et écartés progressivement presque jusqu'au contact des ischiens. Il faut faire cette dilatation lentement, sans à-coup : d'après Trélat, il faudrait mettre près de trois minutes pour obtenir la dilatation maxima.

La destruction au moyen du fer rouge est pratiquée soit à l'aide de la pince écrasante de Richet, soit avec le thermo-cautère. Elle a l'avantage d'être une méthode simple qui permet de supprimer en quelques minutes de gros paquets hémorroïdaires infectés, mais elle a aussi de nombreux inconvénients. Je passe sur les douleurs parfois très vives qui suivent l'opération, mais les

dangers d'infection ou d'hémorragie secondaire à la suite des escarres, les rétrécissements consécutifs à une cicatrisation défectueuse, les brûlures des téguments voisins, tout cela fait que la cautérisation ne doit être considérée que comme une méthode d'exception à réserver à certains cas particuliers. On l'emploiera pour les hémorroïdes en voie de sphacèle, quand l'infection, la suppuration empêchent toute idée de réunion primitive. L'ignipuncture consiste à plonger dans chaque paquet hémorroïdaire la pointe du thermo-cautère porté au rouge sombre. Mais quand il s'agit de masses sphacélées, mieux vaut les détruire complètement, soit avec le thermo après écrasement ou ligature préalable, soit avec la pince à friser de Richet. Dans ce dernier procédé on isole en trois ou quatre paquets les hémorroïdes à l'aide d'un fil métallique passé à leur base, puis avec la pince écrasante portée au rouge blanc on « volatilise » tout ce qui est au-dessus du fil, en prenant soin de ne pas brûler les parties voisines protégées par des compresses humides. L'essentiel est de laisser des points muqueux intacts entre les surfaces cautérisées et de ne pas brûler la peau pour éviter tout danger de rétrécissement consécutif. On place dans le rectum un gros drain entouré de gaze iodoformée et on applique sur l'anus quelques compresses humides. Le malade doit rester constipé 5 à 6 jours.

L'ablation au bistouri est certainement le procédé de choix ; elle peut être partielle ou totale. Partielle, elle comprend l'excision des paquets variqueux. Monod fait 3 ou 4 paquets longitudinaux, Reclus préfère réséquer transversalement les deux demi-circonférences de la masse anale. Tous deux respectent les segments de muqueuse intermédiaires aux paquets excisés et ce serait l'avantage de l'ablation partielle de parer ainsi aux dangers de rétrécissement au cas où la désunion se produirait par suite d'infection. L'ablation totale se fait ordinairement par le procédé de Whitehead : incision circulaire autour de l'anus à l'union de la peau avec la muqueuse jusqu'au-dessus de la zone hémorroïdaire, résection et suture à la peau du bord inférieur de la muqueuse restante. Cette opération est radicale et donne des résultats excellents, mais la technique en est assez délicate ; elle expose au rétrécissement si les sutures s'infectent. Elle est surtout indiquée quand la muqueuse est altérée ou quand il y a tendance au prolapsus.

L'excision est également le seul traitement qui convient aux hémorroïdes externes. Quénu a montré qu'on pouvait obtenir la réunion, même en cas de phlébite limitée, après avoir incisé la tumeur, évacué le caillot et tamponné la plaie.

En somme, l'extirpation au bistouri, partielle ou totale suivant les cas, est la méthode de choix. La dilatation simple est souvent insuffisante, elle doit être réservée aux hémorragies qui se manifestent surtout par des symptômes fissuraires. Quant à la destruction par le fer rouge, elle ne trouve son indication qu'en cas d'étranglement et de sphacèle ; la destruction complète ou volatilisation est alors bien préférable à l'ignipuncture.

HERBET.

**HÉMOsIALÉMÈSE.** — L'hémossalémèse ou vomissement pituiteux hémorragique des hystériques est une manifestation hystérique caractérisée par le rejet de salive teintée de sang. Le plus souvent pendant la nuit, l'hystérique — une jeune femme en général — après avoir éprouvé une sensation de gêne rétro-