

souvent la fissure, qu'il s'agit d'hémorroïdes externes; il suffit d'y regarder. La névralgie anale essentielle ne sera admise qu'après un examen des plus complets, permettant d'affirmer qu'il n'y a pas la plus petite ulcération anale. L'état des veines voisines sera soigneusement noté, pour savoir si la fissure n'est pas d'origine hémorroïdaire; les antécédents spéciaux, maux de gorge, chute de cheveux, éruptions cutanées, seraient nécessaires pour affirmer sa nature syphilitique.

Pronostic. — Le tableau que nous avons tracé nous dispensera d'insister sur ce chapitre; ce n'est pas une affection grave, mais, d'autre part, elle est assez douloureuse pour imposer et justifier une thérapeutique immédiate et sévère.

Traitement. — Dans la variété tolérante surtout, on a recours aux préparations opiacées et belladonnées, suppositoires, mèches, pommades, purgatifs légers, lavements répétés pour combattre la constipation, lavements astringents au ratanhia, au sulfate de cuivre (méthode de Bretonneau et de Trousseau), pour combattre l'inertie du rectum.

Pour peu que la fissure soit un peu ancienne, il faut recourir aux moyens chirurgicaux.

La cautérisation au fer rouge ou avec l'acide azotique fumant, le nitrate acide de mercure, conviennent à quelques formes peu douloureuses; ce sont des exceptions.

Les deux méthodes qui se partagent la faveur sont : en Angleterre, l'incision; en France, la dilatation forcée.

L'incision peut être bornée aux téguments (Dupuytren, Copeland), entamer partiellement le sphincter (Chassaignac), le comprendre tout entier (Boyer). On a encore conseillé la section sous-cutanée du sphincter (J. Guérin, Blandin, Demarquay). — L'incision peut être faite avec l'écraseur linéaire, il est préférable d'employer le bistouri ou le thermocautère.

L'excision de la fissure (Jobert de Lamballe) y est souvent jointe avec avantage; elle doit s'étendre au petit tubercule polypiforme qui marque le bord de l'ulcération; employée seule, elle ne suffit pas.

La dilatation nous semble la méthode de choix parce qu'elle ne détermine pas de plaie toujours facile à infecter, n'est jamais suivie d'incontinence et donne la guérison en quelques jours; pratiquée pour la première fois par Récamier, elle peut être *graduelle*; le

mieux est qu'elle soit *Brusque, forcée* (Maisonneuve); on la pratique soit avec les deux pouces (Nélaton), soit avec les deux index (Gosselin), jusqu'à ce que les doigts touchent les ischions; on se contente le plus souvent de tractions latérales; Richet conseille d'y joindre la dilatation antéro-postérieure; Valette, Desgranges, D. Mollière, emploient le *speculum uteri* d'A. Paré et font la dilatation lente en une demi-heure ou trois quart d'heure. D'après les résultats obtenus expérimentalement chez le chien, Quénu admet que la dilatation du sphincter n'agit pas par déchirure du muscle, mais en provoquant son atonie réflexe.

Une question importante se rattache à cette opération : faut-il la faire sous le chloroforme? La plupart des chirurgiens répondent affirmativement; d'autres, frappés des dangers et des accidents fréquents dont s'accompagne dans ces cas l'emploi des anesthésiques, opèrent sans endormir (Courty, Nicaise). L'éther qui expose moins à la syncope est peut-être préférable au chloroforme.

CHAPITRE IV

HÉMORRHOÏDES

Nous définirons les hémorroïdes, avec Gosselin, des *varices des veines du rectum susceptibles de donner du sang à un moment donné*.

Laissant à la notion chirurgicale de *tumeur variqueuse* son importance capitale, cette définition a l'avantage de ne pas rejeter absolument le *flux sanguin*, souvent décrit par les anciens auteurs sous la même dénomination.

Hippocrate savait déjà que les hémorroïdes étaient des tumeurs formées par la dilatation des veines du rectum, mais il les considérait comme un émonctoire de l'atrabile. Cette fausse notion, qui conduisait à l'abstention thérapeutique, devait se perpétuer jusqu'au commencement de ce siècle. Galien, Celse, Aétius, Ambroise Paré, Stahl les regardaient encore comme avantageuses. Peu à peu cependant les chirurgiens, frappés des inconvénients qu'elles présentaient, songèrent à les traiter. Boyer, Bérard, Amussat, Chassaignac en

France, Fergusson, Houston, Curling en Angleterre, prirent la plus grande part à ce mouvement.

Parmi les traités classiques spéciaux et les mémoires publiés sur ce sujet, les leçons de Gosselin sur les hémorroïdes (1866) méritent une place spéciale; nous leur ferons de nombreux emprunts.

Division. — Depuis Stahl on étudie deux classes d'hémorroïdes :

1° *Les hémorroïdes externes;*

2° *Les hémorroïdes internes.*

Cette distinction est surtout importante en clinique : les premières occupent l'ouverture anale elle-même, les secondes siègent à l'intérieur du rectum et au-dessus du sphincter.

Étiologie. — *Fréquence. Age. Sexe.* — Les hémorroïdes figurent pour près de 1/4 dans la statistique de 4000 maladies du rectum que nous donne Allingham; ce chiffre doit encore être loin de la réalité, et il suffit, pour s'en convaincre, de songer à tous ceux qui ne sont pas suffisamment incommodés par les hémorroïdes pour consulter le chirurgien. Elles sont rares dans l'enfance, mais elles existent; c'est surtout de trente à cinquante ans qu'on les observe, plus souvent chez la femme que chez l'homme; toutefois la différence n'est peut-être pas aussi accentuée qu'on le dit (Duplay).

Les hémorroïdes, au point de vue étiologique, doivent être divisées en *hémorroïdes idiopathiques* et *hémorroïdes symptomatiques*.

1° *Hémorroïdes idiopathiques.* — Il n'y a pas de classe sociale, pas de constitution, pas de tempérament qui en soient exempts; cependant on les observe surtout chez les individus sanguins, pléthoriques. Cette prédisposition est souvent héréditaire. Certaines diathèses se retrouvent encore presque toujours dans les antécédents : arthritisme, goutte, rhumatisme, herpétisme; toutes ces conditions favorables ne sont pas suffisantes pour admettre avec quelques auteurs une diathèse hémorroïdaire.

L'hygiène influe beaucoup également sur le développement des hémorroïdes; dans cette catégorie de causes se rangent le défaut d'exercice, la vie sédentaire, la station assise prolongée, les excès vénériens, une alimentation trop riche, trop succulente, trop azotée. — L'influence du climat n'est pas moins considérable; on sait combien les hémorroïdes (tumeurs variqueuses ou flux sanguins) sont fréquentes dans les pays orientaux, la Grèce l'Égypte; ce

fait, déjà constaté par Hippocrate, a été rapporté de nos jours par Fauvel et par Damascino dans son *Traité des maladies des voies digestives*.

2° *Hémorroïdes symptomatiques.* — En tête de cette classe étiologique, il convient d'abord de placer *certaines irritations locales* qui appartiennent pour la plupart aussi bien aux hémorroïdes idiopathiques qu'aux hémorroïdes symptomatiques; telles sont : les efforts répétés de défécation, la constipation habituelle, l'abus des purgatifs drastiques, quelques causes anatomiques qui nous occuperont au chapitre *Pathogénie*, enfin certains obstacles locaux de la circulation, tels que des phlegmasies périrectales chroniques, rétrécissements, cancer du rectum, quelquefois mêmes polypes.

Les *hémorroïdes symptomatiques* reconnaissent plus souvent pour cause une gêne dans la circulation de la veine porte ou dans la circulation veineuse générale.

a. *Gêne du cours du sang dans la veine porte.* — Un certain nombre d'affections du foie, et surtout les cirrhoses, déterminent la dilatation des veines du rectum; cette influence n'est peut-être pas aussi absolue que le prétendent les Allemands. — Il serait logique de penser que les tumeurs de la rate possèdent la même influence; les faits manquent à la confirmation de cette hypothèse théorique; par contre, l'influence des oblitérations de la veine porte n'est pas douteuse à la suite des pyléphlébites.

b. *Gêne de la circulation veineuse dans le système veineux général.* — Ce chapitre comprend les affections du cœur, surtout les lésions mitrales et tricuspidiennes, certaines altérations pulmonaires comme l'asthme, l'emphysème, qui gênent l'hématose, et quelques maladies des reins dont l'influence pathogénique est encore mal déterminée.

Les *tumeurs abdominales* y tiennent une grande place; tantôt leur influence est passagère : grossesse, certains kystes ovariens; d'autres fois elle est permanente, tumeurs pelviennes et abdominales ayant leur point de départ le plus souvent dans l'ovaire ou dans l'utérus, plus rarement dans la vessie, la prostate, les parois du bassin.

Les contractions musculaires si fréquentes et si douloureuses que provoquent dans le plancher du bassin les cystites chroniques, les cystites calculeuses, l'hypertrophie prostatique et certains rétrécissements de l'urèthre, produisent fréquemment des hémorroïdes.

Pathogénie. — Il ne nous paraît pas possible d'attribuer le développement des hémorroïdes à un seul mode pathogénique. Les conditions anatomiques sont inséparables des conditions physiologiques, et réciproquement, de telle sorte que ces deux influences se complètent l'une l'autre. Enfin nous verrons qu'on tend aujourd'hui à faire jouer le rôle principal aux altérations primitives des veines : il faut donc invoquer aussi les conditions pathologiques.

Conditions anatomiques. — Les veines du rectum sont très nombreuses et très volumineuses. Elles émanent, comme on le sait, de deux sources principales ; les branches hémorroïdales inférieures, qui appartiennent à la circulation générale par la veine hypogastrique, et les veines hémorroïdales supérieures, qui appartiennent à la circulation porte. Il n'y a pas de veines rectales correspondant aux artères hémorroïdales moyennes (Sappey).

La disposition des veines hémorroïdales supérieures est surtout remarquable. Ces veines semblent prendre naissance sous la muqueuse, à 1 centimètre de l'anus, par des dilatations ampullaires (Sappey, Duret) d'où partent les branches transversales qui traversent les fibres musculaires des sphincters, forment un plexus sous-musculaire, s'anastomosent richement avec les veines hémorroïdales inférieures, et constituent des troncs longitudinaux nombreux et volumineux qui sont une des origines de la veine mésentérique inférieure. En résumé, ces veines sont nombreuses, déclives, dépourvues de valvules comme le système porte, engagées dans de nombreuses boutonnières musculaires, toutes conditions sur lesquelles Verneuil et Gosselin ont longuement appelé l'attention, et qui jouent certainement un rôle des plus importants dans la pathogénie des hémorroïdes en favorisant constamment la stase sanguine.

Conditions physiologiques. — Quand on réfléchit aux modifications profondes que créent dans la circulation veineuse rectale les efforts répétés d'un acte journalier comme la défécation, les contractions du plancher du bassin, si vives et si énergiques, qui terminent la miction et l'émission du liquide spermatique ; quand on songe aux congestions actives et passives si multipliées qu'éprouvent les veines du petit bassin du fait de la constipation, de la distention de la vessie, de l'érection, on comprend facilement que le rôle de la *congestion veineuse*, sur lequel Stahl avait si justement attiré l'attention, soit également considérable dans la formation des hémorroïdes (Duplay).

Cette congestion est tantôt passive, tantôt active, sans doute liée dans ce cas à des influences vaso-motrices importantes ; un certain nombre de faits physiologiques ou pathologiques peuvent en être justement rapprochés, tels sont : les congestions menstruelles, celles de la ménopause, et certains faits incontestables de flux sanguins pléthoriques survenant avec ou sans tumeur hémorroïdaire, comme les Orientaux en présentent assez souvent des exemples (Damaschino).

Conditions pathologiques. — La pathogénie des hémorroïdes ne peut pourtant pas se ramener à ce terme unique : augmentation de la pression sanguine dans les veines hémorroïdales, résultant de la congestion active ou passive suivant les cas. Comme pour les varices ordinaires, cette théorie purement mécanique est maintenant considérée comme insuffisante, et il faut chercher dans la lésion des parois veineuses la cause déterminante des varices hémorroïdales. Quénu s'est fait le défenseur de cette opinion, que la lésion des parois veineuses est le phénomène primitif obligé ; les veines se laissent définitivement dilater, parce qu'elles sont malades et rendues ainsi incapables de résister à l'effort du sang. Quant à la phlébite elle-même, sans doute on devra chercher sa cause dans l'action sur l'endoveine des produits toxiques importés ou fabriqués dans l'organisme (influence des boissons alcooliques, de la goutte, du rhumatisme, etc.), et peut-être, dans l'infection locale et directe par les micro-organismes de l'intestin auxquels ouvrent la porte de fréquentes éraillures de la muqueuse. A part les compressions mécaniques prolongées, par des tumeurs abdominales par exemple, il faut, pour créer des hémorroïdes, autre chose que la constipation ou la contracture du sphincter (Quénu, *Rev. de chirurgie*, mars 1895).

Anatomie pathologique. — Anatomiquement, les hémorroïdes sont des varices des veines du rectum. Il n'y a donc pas à s'étendre longuement sur leur structure. Elles présentent tous les degrés des varices.

1° La dilatation cylindroïde et serpentine des veines hémorroïdales est très rare ; elle existe cependant avec des lésions peu marquées des parois veineuses, et nécessite parfois l'injection veineuse pour devenir appréciable à la vue (Raige-Delorme, Bérard).

2° La dilatation ampullaire, avec épaisissements et amincissements inégaux des parois, constitue la forme la plus fréquente des hémorroïdes.

3° Elle peut se compliquer de l'apparition d'anses nouvelles, développées sans doute aux dépens des vasa vasorum ou des capillaires veineux.

4° Ces vaisseaux ainsi dilatés peuvent se fusionner; la tumeur hémorroïdaire prend alors un aspect caverneux, érectile, à tel point que Béclard, Laënnec, Delpech considéraient les hémorroïdes comme formées de tissus érectiles. Quant aux caractères histologiques des altérations veineuses, ils ne diffèrent pas de ceux des varices en général; disparition plus ou moins complète des éléments contractiles, hyperplasie du tissu conjonctif et transformation des parois en tissu embryonnaire. Nous n'insisterons pas davantage ici.

Toutes ces dilatations vasculaires communiquent avec la circulation sanguine, mais cette communication est souvent difficile à démontrer, et il peut arriver, que, par le fait d'une inflammation lente, toute communication disparaisse; plusieurs variétés anatomiques importantes sont la conséquence de cette altération; si le contenu reste sanguin, on a une sorte de *kyste hématique*; mais, si le liquide se modifie, on peut se trouver en présence d'une véritable *hémorroïde kysteuse*. Les hémorroïdes n'étant pas des épanchements sanguins enkystés au voisinage d'une rupture veineuse, comme le croyaient Cullen et Récamier, la transformation kysteuse se produit au sein même de la veine devenue d'abord variqueuse, et isolée ensuite de la circulation.

Une autre variété importante est constituée par l'*induration*, la *transformation fibreuse* des hémorroïdes; on ne l'observe guère, comme la précédente du reste, que dans les hémorroïdes externes. — John Burne a cependant signalé ce fait dans quelques hémorroïdes internes procidentes depuis longtemps.

Lésions de voisinage. — Les lésions des hémorroïdes ne sont point limitées aux parois veineuses; l'hyperplasie conjonctive qui les épaissit par place est souvent étendue au tissu conjonctif ambiant, et au derme cutanéomuqueux. Les artérioles voisines sont d'ordinaire intactes ou à peu près. On trouve des lésions de périnévrite et les vasa nervorum sont parfois dilatés. On observe encore, à la suite surtout des inflammations et des thromboses dont elles sont le siège, d'autres lésions de voisinage, qui sont de véritables complications: phlegmons, fistules borgnes ou complètes, fissures. Verneuil a signalé, dans quelques cas, des petites bourses séreuses entre les hémorroïdes et les téguments.

Contenu. — Certaines hémorroïdes sont vides de sang, au moins à de certains moments: *hémorroïdes flasques*; il en est d'autres remplies de sang fluide, communiquant avec le reste de la circulation veineuse; d'autres encore présentent par places des coagulations, des thromboses plus ou moins adhérentes et même de véritables phlébolithes; on en trouve enfin dont le contenu kysteux ne communique plus avec le sang des veines voisines.

Tumeur hémorroïdaire. — Les veines dilatées formant une petite masse ou tumeur hémorroïdaire dont les caractères appartiennent plutôt à la clinique, nous ne pouvons qu'indiquer les grandes classifications que nous retrouverons en clinique; au-dessus du sphincter, *hémorroïdes internes*; au-dessous de lui, *hémorroïdes externes*; par rapport aux téguments: *hémorroïdes cutanées*, *hémorroïdes muqueuses*, ou bien *cutanées et muqueuses* à la fois.

Symptomatologie. — L'attention des malades et du chirurgien est presque toujours attirée sur les hémorroïdes par des troubles congestifs qui ont leur centre dans la région anale et se produisent avec une certaine périodicité sous la forme de *crises*.

Au début, on observe une gêne, une pesanteur constante, s'accompagnant de faux besoins d'aller à la selle; plus tard, ces troubles locaux sont assez accentués pour rendre douloureuse la marche, la station assise ou debout; la chaleur du lit augmente la congestion et les démangeaisons qui en sont la conséquence; le sommeil est troublé. La défécation, très difficile à cause d'une constipation presque toujours opiniâtre, détermine des douleurs qui s'irradient vers le sacrum, les lombes, et souvent aussi vers l'urèthre, la vessie chez l'homme, les organes génitaux internes chez la femme.

Des excitations génésiques s'ajoutent quelquefois à tous ces accidents: chez quelques malades se produit une sorte de phéthro générale qui se traduit par les troubles suivants: maux de tête, insomnies, cauchemars, troubles de la vue, vertiges, bourdonnements d'oreilles, congestion de la face.

Tous ces phénomènes vont s'accroissant pendant deux ou trois jours, puis ils restent stationnaires pendant le même temps et décroissent ensuite. Tantôt la décroissance est graduelle, tantôt elle survient brusquement par un écoulement sanguin d'une abondance variable, *flux hémorroïdaire*, généralement provoqué par

les efforts de la défécation et le passage d'un bol fécal dur et volumineux.

L'écoulement sanguin se produit d'ailleurs quelquefois sans que la dilatation veineuse soit perceptible, et nous avons vu que ce symptôme unique prenait parfois, chez les Orientaux surtout, une importance assez grande pour qu'on le regardât comme constituant à lui seul toute la maladie, *hémorroïdes* devenant alors synonyme de *flux sanguin rectal*.

Il n'en est pas ainsi habituellement dans nos régions, et presque toujours le malade s'aperçoit de lui-même que ces phénomènes sont accompagnés du développement d'une petite tumeur molle, *tumeur hémorroïdaire*, dont les caractères diffèrent notablement suivant que les hémorroïdes sont externes ou internes.

Hémorroïdes externes. — Les hémorroïdes externes se présentent le plus souvent sous l'aspect d'un petit bourrelet latéral, saillant entre deux des plis rayonnés de l'anus. Au lieu d'un bourrelet, on peut en rencontrer deux, même davantage, de telle sorte que l'orifice anal en soit complètement entouré. — La petite tumeur est lisse, arrondie, tendue, résistante, si l'hémorroïde est *turgescence*; plissée, molle, si elle est *flasque*. La surface est généralement d'une couleur rosée en dehors, dans la portion cutanée, violacée en dedans, portion muqueuse. Cette coloration est plus pâle si l'hémorroïde est flasque, si elle est ancienne, si son tégument est exclusivement *cutané*; elle est plus foncée, si elle est turgescence et exclusivement *muqueuse*. La tumeur quelquefois se réduit par la pression, en déversant son contenu dans les vaisseaux voisins.

La peau est fréquemment hypertrophiée au niveau des hémorroïdes externes; les plis radiés de la marge de l'anus sont plus accusés (Allingham).

A côté de ces variétés principales, on doit signaler des tumeurs verruqueuses, indolentes, assez dures, généralement unilatérales et fort semblables aux condylomes; ce sont les *hémorroïdes externes indurées*.

Les phénomènes congestifs peuvent atteindre leur dernier degré: les bourrelets sont alors gonflés, œdémateux, luisants, extrêmement douloureux, leur surface peut être ulcérée. La phlébite suppurative et l'infection purulente n'auraient pas été observées comme terminaison des hémorroïdes externes (Gosselin).

Hémorroïdes internes. — Les hémorroïdes internes diffèrent tout à fait, suivant qu'elles sortent par le fondement ou suivant qu'elles ne sortent pas.

1° *Hémorroïdes non procidentes.* — Les symptômes de ces hémorroïdes se bornent presque exclusivement à la gêne, à la pesanteur, aux troubles congestifs dont nous venons de tracer le tableau. La rupture et l'écoulement sanguin ne seraient pas fréquents, d'après Gosselin. Seule une exploration complète permet au chirurgien de les reconnaître sûrement; le toucher rectal révèle alors des saillies molles, parfois pulsatiles, qui soulèvent la muqueuse; on apprécie encore beaucoup mieux leurs caractères en pratiquant l'examen au spéculum ou l'éversion de la muqueuse par le procédé de Chassaignac; on verra ainsi qu'il en est de petites, granuleuses, framboisées, siégeant à une hauteur variable de l'intestin; d'autres sont plus volumineuses, recouvertes d'une muqueuse lisse rouge ou bleuâtre et violacée. En commandant au malade de pousser, il sera quelquefois possible de les apercevoir directement à travers l'anus entr'ouvert. C'est un degré de transition qui nous amène aux hémorroïdes procidentes.

2° *Hémorroïdes internes procidentes.* — Après une phase plus ou moins longue de cette existence cachée, les hémorroïdes apparaissent à l'extérieur, sous la forme d'un bourrelet continu ou de masses isolées, du volume d'une noisette ou d'une petite noix. Le plus souvent on ne les aperçoit que d'une façon intermittente, après un effort de défécation. Gosselin a décrit à ces hémorroïdes procidentes divers degrés cliniques :

a. Hémorroïdes facilement réductibles sans douleur. *b.* Hémorroïdes réductibles et douloureuses, dans lesquelles la procidence s'accompagne d'une douleur cuisante qui se prolonge pendant un temps variable. *c.* Prolapsus douloureux lentement réductible; la réduction met deux ou trois heures à s'opérer; les douleurs, la gêne fonctionnelle, les épreintes, le ténésme, les faux besoins sont plus accusés. La tumeur hémorroïdaire saigne facilement; si l'hémorragie est peu abondante, elle ne présente aucun inconvénient; mais, sous l'influence d'hémorragies trop fréquentes, le malade s'émacie, devient anémique; il a de la diarrhée, des troubles dyspeptiques; cet état est même assez accentué, dans certains cas, pour provoquer une sorte de cachexie qu'on appelle la *phthisie hémorroïdale*.

d. Dans d'autres faits, la tumeur ne peut se réduire. On observe l'*étranglement du prolapsus* par le sphincter anal, et le sphacèle du bourrelet hémorroïdaire en est la conséquence presque forcée. La tumeur est le siège d'une douleur brûlante; il semble que l'on serre avec une tenaille la portion étranglée. Cette douleur s'exaspère au moindre contact; des spasmes violents viennent encore l'accroître par moments. Le sommeil est devenu impossible; les épreintes sont fréquentes et s'accompagnent parfois de l'émission douloureuse de quelques gouttes d'urine. Au centre du bourrelet externe qui coexiste le plus souvent, on voit une tumeur dure, tendue, d'une coloration rouge foncé, qui devient bientôt brune ou noirâtre. C'est l'hémorroïde étranglée. L'eschare ainsi formée s'élimine au bout de quelques jours; les troubles fonctionnels diminuent d'intensité et la crise se termine, après huit ou dix jours de vives souffrances, par la réduction de la tumeur. Ce processus de guérison spontanée peut être troublé par des inflammations et des suppurations de voisinage. Comme complications des hémorroïdes, il faut encore citer la rectite pouvant donner lieu à un écoulement muco-purulent (hémorroïdes blanches, Richet) et l'ulcère hémorroïdal qui d'après Quénu et Hartmann est susceptible de devenir l'origine de très graves hémorragies.

Diagnostic. — Les hémorroïdes externes sont presque toujours faciles à reconnaître; seules les hémorroïdes indurées peuvent être confondues avec les condylomes; mais ceux-ci sont aplatis, siègent le plus souvent à la partie postérieure de l'anus et présentent à leur surface une hypertrophie du derme qu'on n'observe guère à un degré aussi marqué dans les hémorroïdes.

Les hémorroïdes internes se distinguent facilement des cancers du rectum. La tumeur ulcérée, sanieuse, indurée que l'on observe dans cette affection, s'accompagne d'une cachexie dont l'anémie hémorroïdaire approche bien rarement.

Les polypes du rectum sont des tumeurs limitées, bien pédiculées en général, blanchâtres ou rosées, qu'on observe surtout chez les enfants. S'il s'agit de polypes fibreux, la consistance est notablement différente.

Le prolapsus du rectum forme un bourrelet continu et non des saillies bosselées d'aspect vasculaire. Cette apparence permettra le plus souvent d'apprécier la part que prennent les hémorroïdes dans un prolapsus qui en serait la conséquence.

Les hémorroïdes reconnues, il faut en chercher la cause. Tout d'abord explorer la circulation générale, la circulation porte, juger de l'état du foie, — pratiquer la palpation attentive de l'abdomen pour ne pas méconnaître une tumeur pelvienne ou abdominale à son début. — Cet ordre de cause éliminé, la fonction de la défécation sera étudiée avec soin; l'examen du rectum et de la vessie sera fait méthodiquement, pour être assuré qu'il n'y a pas d'affection rectale ou vésicale, dont les hémorroïdes ne seraient que le symptôme. — On ne sera en droit de conclure à l'existence d'hémorroïdes idiopathiques, qu'après le résultat négatif d'explorations complètes et attentives, et, dans ce cas encore, les conditions hygiéniques devront être recherchées et notées avec soin pour servir de base à un traitement rationnel.

Pronostic. — Les hémorroïdes constituent une infirmité pénible et douloureuse; rarement elles sont un véritable danger, soit par les pertes de sang qu'elles occasionnent, soit par les accidents d'étranglement qui compliquent parfois les hémorroïdes internes.

Traitement. — Le traitement des hémorroïdes doit être médical et chirurgical.

Le traitement *médical* s'adresse à la congestion; il comprend le traitement des affections qui causent les hémorroïdes, surtout le traitement de la constipation et les indications fournies par l'élément congestif.

Dans ce but, on prescrit d'éviter tous les excès de table, de coït; on recommande l'abstention des liqueurs fortes, un exercice régulier et modéré, une alimentation rafraîchissante, l'emploi journalier à petites doses des eaux et des médicaments laxatifs. Pendant la crise on prescrira contre la douleur des suppositoires à la morphine et à la cocaïne; des bains de siège très chauds et des lavements chauds poussés profondément dans le rectum à l'aide d'une longue canule.

Le traitement *chirurgical* est palliatif ou curatif. Les moyens palliatifs sont dirigés contre les accidents et non contre la tumeur hémorroïdale elle-même.

S'agit-il d'hémorroïdes enflammées, on essaiera la pulvérisation chaude avec le spray phéniqué. Y a-t-il procidence et étranglement s'accompagnant de douleurs extrêmement vives, on tentera de réduire par un véritable taxis hémorroïdal : un doigt est introduit dans le rectum et l'on fait glisser sur lui le bourrelet.

Les recherches de Verneuil et de Fontan (1876), confirmées par beaucoup de chirurgiens, ont montré tout le profit que l'on pouvait tirer de la *dilatation forcée* du sphincter pour le traitement des hémorroïdes. Cette opération, pratiquée soit avec les doigts, soit avec des spéculums dilatateurs, et sous le chloroforme, donne de très bons résultats; elle est basée sur le rôle important que jouent les fibres musculaires du sphincter dans la production des hémorroïdes. Malgré cela, la dilatation ne constitue encore qu'un traitement palliatif, qui s'adresse surtout à l'élément douleur, et n'a pas d'effet curatif contre les hémorroïdes volumineuses qui ont pour ainsi dire perdu droit de domicile dans le rectum, suivant l'expression de Richet. Elle est souvent suivie de récurrence. En tout cas, quand on aura recours à l'excision, elle devra toujours être employée comme premier temps de cette opération, car elle la facilite en même temps qu'elle assure un résultat plus complet.

Parmi les nombreuses méthodes qui ont eu pour but la destruction radicale des hémorroïdes, nous citerons seulement les moyens qui méritent d'être encore conservés : contre les petites hémorroïdes externes l'excision ou la cautérisation avec le thermocautère suffisent. Les hémorroïdes internes à l'état de proci-dence habituelle ou provoquée par des lavements, sont détruites au-dessus d'un clamp qui protège les parties voisines, au moyen du fer rouge : pince de Richet; on peut les détacher, soit avec l'écraseur linéaire, soit par la ligature élastique, soit enfin au moyen de l'anse galvanique. Ces opérations ne doivent pas porter sur tout le pourtour d'un bourrelet annulaire; on serait exposé à produire des rétrécissements cicatriciels. On se borne à des excisions partielles et on compte sur les bons effets de la rétraction cicatricielle pour amener la réduction et l'oblitération de ce qu'on n'aura pas jugé à propos d'enlever. L'excision totale est assurée par le procédé de Witehead qui consiste dans la dissection de la muqueuse hémorroïdaire, puis dans sa suppression avec suture consécutive de la muqueuse rectale à la peau. M. Quénu, au lieu d'exciser la muqueuse en même temps que les hémorroïdes, se borne à extirper celles-ci en disséquant la face profonde de la muqueuse qu'il suture à la peau. Elle ne donnera de bons résultats que si la région opératoire est suffisamment aseptique pour permettre la réunion immédiate. L'usage des caustiques, notamment du caustique Filhos, de l'acide azotique monohydraté ou du nitrate

acide de mercure, ne nous paraît pas pouvoir être mis en parallèle avec les bons résultats fournis par les méthodes précédentes et notamment avec les avantages du cautère actuel. Un pansement antiseptique est toujours de rigueur.

CHAPITRE V

POLYPES DU RECTUM

Les polypes du rectum sont les plus fréquents du tube digestif, après ceux du pharynx.

Ils sont encore rares; Allingham n'en a observé que 40, tant dans sa clientèle qu'à l'hôpital.

Bokai (de Pest) n'en a observé que 25 sur près de 60 000 enfants.

Le polype du rectum a été décrit comme une maladie de l'enfance; Giraldès ne la croyait pas plus fréquente chez les garçons que chez les filles; on a prétendu le contraire.

L'affection s'observerait d'ailleurs plus souvent qu'on ne le disait autrefois chez l'adulte et chez le vieillard. — Allingham a observé 17 polypes chez l'adulte et 25 seulement chez l'enfant.

Anatomie pathologique. — Ce qui caractérise le polype, c'est l'existence du *pédicule*, tantôt mince, arrondi, fragile chez l'enfant, tantôt court, résistant, aplati (adultes). Ce pédicule renferme les vaisseaux de la tumeur, le plus ordinairement une artère et deux veines satellites. Il est presque toujours unique. Smith a cependant cité un pédicule double.

La *tumeur* est ordinairement petite et arrondie; chez l'enfant, elle varie du volume d'un pois à celui d'une cerise, rarement plus; chez l'adulte, elle atteint le volume d'une noix, d'une pomme (Gosselin), d'une mandarine (B. Anger), celui du poing (Trélat) et même des deux poings (Boyer).

La surface est lisse, unie, parfois mamelonnée, granuleuse, vil-leuse même ou scissurée.

Son *siège habituel* est la paroi postérieure du rectum de 2 à 6 centimètres au-dessus de l'anus; exceptionnellement plus haut, 16 centimètres (Desault).

Nombre. — Presque toujours unique; Richet et Fochier ont cepen-