

ment des suppositoires stibiés, composés de 4 grammes de beurre de cacao et de 15 à 20 centigrammes d'émétique (Trousseau).

2^e TRAITEMENT CURATIF. On a discuté sur l'opportunité d'un pareil traitement et sur les dangers qu'il entraîne. C'est au praticien à juger si la suppression d'un flux sanguin périodique ou irrégulier par l'anus est de nature à compromettre la santé du sujet. On a conseillé avec raison de ne pas enlever toutes les hémorroïdes à la fois; d'en laisser quelques-unes.

Compression. C'est un moyen long, douloureux, incertain dans ses résultats. On a exécuté la compression soit par le rectum en introduisant dans l'intestin des suppositoires ou de grosses mèches; soit par le périnée, à l'aide d'une pelote pourvue d'un bandage herniaire.

Ligature. Cette méthode consiste à étreindre les tumeurs soit avec un seul fil; soit, en cas d'hémorroïde volumineuse, avec deux fils de couleur différente qui traversent la base de la tumeur. On lui a reproché avec raison de donner lieu à des douleurs vives, d'agir avec lenteur. Pour ces motifs elle n'est réservée que pour les cas où, chez un sujet très-affaibli, on craindrait, en employant une autre méthode, une effusion de sang.

Ecrasement linéaire. On enlève les hémorroïdes avec l'instrument que nous avons décrit et représenté tome I, p. 201 et 202. Le patient est placé comme pour l'opération de la fistule à l'anus, couché sur le côté droit; il est plongé dans l'anesthésie pendant toute la durée des manœuvres. Quand il s'agit d'un bourrelet hémorroïdal interne, on emploie, pour l'attirer au dehors, un instrument particulier appelé *érigne divergente multiple*. Dès que la tumeur est sous les yeux de l'opérateur, on fait jeter autour de sa base une anse de fil, que l'on serre assez pour la pédiculiser. On place alors sur le pédicule la chaîne de l'écraseur; puis on met l'instrument en jeu, de manière à exercer une constriction de plus en plus forte. Il ne faut faire marcher l'instrument que dans la proportion d'un quart de minute par chaque cran de la crémaillère.

Chez certains sujets soumis à l'ablation d'un bourrelet hémorroïdal tout entier, par la méthode précédente, il se fait un travail adhésif cicatriciel qui a pour conséquence de produire une occlusion de l'anus. Pour prévenir les conséquences fâcheuses de cette atrésie, le chirurgien s'assurera, dès le lendemain de l'opération, de la perméabilité de l'intestin; si l'anus présente un commencement d'adhésion, on introduira dans cette ouverture, avec grande précaution, une bougie mousse. La première garde-robe ne sera provoquée que soixante-douze heures après l'opération, par l'administration d'un purgatif. L'alimentation, dans les premiers jours, se compose de substances qui donnent un faible résidu fécal.

Dans le but de prévenir les rétrécissements du rectum, qui sont la conséquence de l'ablation des bourrelets hémorroïdaux entiers par l'écraseur linéaire, Gosselin a proposé les deux modifications suivantes: 1^o on respecte les hémorroïdes cutanées; 2^o au lieu d'une section circulaire complète, on pratique sur les hémorroïdes muqueuses des sections partielles, c'est-à-dire qu'on enlève successivement les trois ou quatre points les plus boursoufflés de la membrane muqueuse.

Cautérisation. On l'exécute avec le fer rouge ou avec des caustiques.

Cautérisation avec le cautère actuel. Elle a été surtout préconisée, à notre époque, par Bégin et P. Boyer. Ce dernier obtenait des résultats remarquables que j'ai pu constater pendant que j'étais son interne. Il employait le procédé suivant: le malade est placé comme pour l'opération de la fistule à l'anus et chloroformé. Avant d'employer l'agent anesthésique, on a soin de traverser chacune des moitiés du bourrelet avec une aiguille courbe enfilée d'un fil double. Chaque fil double est confié à un aide qui est chargé d'attirer les tumeurs sur la fesse correspondante. Le chirurgien porte un cautère en roseau, chauffé à blanc, dans l'intérieur de l'anus, à une profondeur de 2 à 3 centimètres; de cette façon il cautérise la partie la plus élevée du bourrelet, puisque celui-ci a été attiré en dehors. Au premier cautère, on fait succéder un second que l'on enfonce de même dans l'anus; à ce moment les aides cessent de tirer sur les fils, de façon que les parties du bourrelet attirées au dehors reprennent leur place et viennent subir l'action du cautère. Enfin on introduit un troisième cautère de forme conique, qu'on enfonce moins profondément, mais que l'on incline à droite et à gauche, en l'appuyant fortement sur les parties, afin de cautériser complètement la portion cutanée du bourrelet hémorroïdal. Lorsque ce dernier est recouvert par la peau dans presque toute son étendue, on introduit à plusieurs reprises le cautère conique.

Cautérisation avec les caustiques. Jobert s'est servi du caustique de Vienne, Valette (de Lyon) du chlorure de zinc, Gosselin de l'acide nitrique, Ure d'acide chromique, Amussat du caustique Filhos.

Procédé d'Amussat père et fils. Ce procédé consiste dans la cautérisation circulaire de la base des tumeurs hémorroïdales par le caustique Filhos (mélange de deux parties de potasse et d'une partie de chaux fondues dans un creuset et que l'on coule en bâtons), disposé dans les cuvettes d'une pince spéciale (fig. 258, p. 780) destinée à embrasser la production morbide. Une alèze est placée en travers du lit, à l'endroit où le bassin du malade doit reposer, et recouverte d'une toile cirée qui descend dans un vase situé sous le bord du lit, et destiné à recevoir l'eau projetée pendant l'opération. Le malade est dans la même attitude que pour l'opération de la fistule à l'anus. Deux aides écartent les parties avoisinant la tumeur; un troisième projette sur la région anale un jet continu d'eau froide. Le chirurgien, tenant de la main droite la pince porte-caustique (voy. fig. 258), dont les cuvettes sont recouvertes de manière à pouvoir toucher les tissus sans causer la moindre sensation pénible, saisit doucement la tumeur sans la comprimer. Les efforts de défécation auxquels le malade se livre à ce moment, permettent de placer l'instrument sur la base des hémorroïdes que l'on veut détruire. Une fois la pince bien placée, on serre l'écrin au degré suffisant pour que la tumeur n'échappe pas, et pour que l'on puisse retourner les lames protectrices des cuvettes, de façon à mettre le caustique renfermé dans ces dernières en rapport direct avec les tissus. Alors on serre l'instrument le plus possible et graduellement, afin de porter la compression à son maximum. A ce moment un aide commence à projeter de l'eau froide sur la région anale, au moyen

d'un siphon à irrigation continue. Au bout de deux à quatre minutes, suivant le volume de la tumeur, on retire l'instrument en le desserrant graduellement, et en ayant le soin de recouvrir les cuvettes avec leurs lames protectrices, pour ne pas toucher les tissus voisins avec le caustique. On continue à maintenir les parties écartées, et l'on engage de nouveau le malade à faire des efforts d'expulsion, afin que les tissus cautérisés et sur lesquels il reste encore une petite quantité de caustique, ne cautérisent pas ceux que l'on doit ménager. Pour mieux neutraliser les dernières parcelles

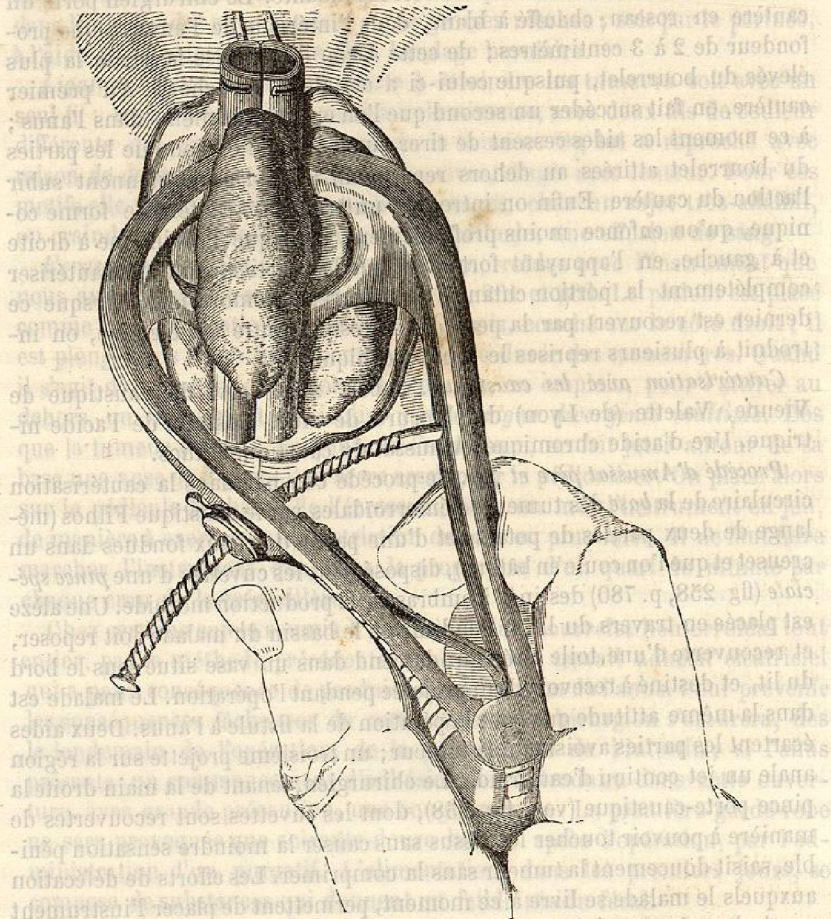


Fig. 258.

de caustique, on continue encore quelques instants les irrigations d'eau froide. Un bain d'eau tiède est administré à l'opéré, qui y reste pendant une heure. Alors on fait rentrer les tumeurs. Des cataplasmes émollients sont appliqués sur la région anale. On cherche, par une nourriture convenable, à prévenir les garde-robes dans les premiers jours qui suivent l'opération. Du cinquième au huitième jour les escarres se séparent.

Plus récemment (1870), Amussat fils a adopté un procédé de *cautérisation linéaire* des hémorroïdes avec une tige d'acier rougie au feu, en isolant la tumeur avec des pinces à gouttières en ivoire.

Procédé de Jobert. Ce chirurgien s'est servi d'un instrument qu'il a appelé *capsule hémorroïdaire*, et qui se compose de deux demi-valves de métal, argent ou maillechort, concaves et articulées l'une avec l'autre, de façon que le bord concave de l'une puisse se rapprocher du bord concave de l'autre, en interceptant une ellipse plus ou moins allongée. Lorsque l'instrument est fermé, il représente assez bien une de ces capsules en usage dans les laboratoires de chimie. Au moyen de la petite circonférence de la capsule, on embrasse les tumeurs hémorroïdales que l'instrument isole des parties voisines. On applique ensuite le *caustique de Vienne* sur les tumeurs, et quand la cautérisation a été suffisante, on enlève le petit appareil avec précaution, de façon à ne laisser aucune parcelle de caustique.

Excision. Le malade est couché sur le bord du lit, comme dans l'opération de la fistule à l'anus. Avec une érigne, on saisit les diverses tumeurs les unes après les autres, en procédant des superficielles vers les profondes, et on les retranche soit avec le bistouri, soit avec de forts ciseaux. Pour empêcher les hémorroïdes, qu'un effort de défécation a fait sortir, de rentrer sous l'influence de la douleur occasionnée par l'opération, il est préférable de les traverser avec un nombre suffisant de fils afin de les retenir au dehors. Après l'ablation, on introduit une grosse mèche de charpie dans le rectum. Dans le but de prévenir l'hémorragie, Boyer tamponnait le rectum par le procédé indiqué plus haut, et Dupuytren portait sur les surfaces cruentes un cautère chauffé à blanc. Velpeau préférait réunir les lèvres des plaies résultant de l'excision, par des fils avec lesquels il traversait au préalable la base de chacune des tumeurs.

Appréciation. L'excision est une méthode dangereuse, parce qu'elle expose à une hémorragie grave. L'écraseur linéaire, tant préconisé dans ces dernières années, ne met pas non plus à l'abri de cet accident, surtout dans les hémorroïdes internes; ce moyen doit être réservé pour les bourrelets externes indurés. C'est à la cautérisation soit par le fer rouge, soit par le caustique Filhos que nous donnons la préférence dans les hémorroïdes vasculaires externes et internes.

II. POLYPES DU RECTUM.

Anatomie pathologique. Les polypes du rectum sont le plus souvent solitaires, quelquefois multiples. La surface de ces tumeurs est lisse, régulière, rarement mamelonnée, fendillée ou présentant une division en lobes; le tissu en est rouge, charnu; le volume varie d'une noisette à un œuf de poule; la base offre souvent un pédicule plus ou moins long et étroit. Le polype occupe le plus souvent le voisinage de l'anus ou la partie inférieure du rectum, de sorte qu'il est facile de l'atteindre avec le doigt; d'autres fois il s'insère à une hauteur considérable; ainsi, dans un cas observé par Desault, à 16 centimètres au-dessus de l'orifice anal.