

Les secondes sont recouvertes, sur leur face interne, par la muqueuse, sur leur face externe, par la peau.

Les dernières, enfin, qui sont de beaucoup les plus rares, ont pris naissance sur la marge de l'anüs, dans un point où les téguments n'ont pas encore revêtu les caractères des muqueuses.

Quelle que soit la variété à laquelle elles appartiennent, leur *structure* est la même; elles sont formées par de petites dilatations veineuses, consécutives à l'étranglement des veines par les fibres musculaires du rectum, au moment où elles passent dans le tissu cellulaire sous-muqueux pour se rendre dans la couche sous-séreuse.

Ces dilatations sont pleines de sang, ce dont on peut s'assurer si on les pique avec une aiguille. Plus tard, elles augmentent, elles s'adossent, il se fait entre elles des communications, et les tumeurs hémorrhoidales présentent la structure des tumeurs érectiles.

Elles peuvent se gonfler, devenir *turgescents* et s'enflammer; à la suite de phlébites répétées, il n'est pas rare de les voir *s'indurer*; enfin, elles peuvent se transformer en une masse celluleuse dans laquelle il n'existe presque plus de vaisseaux: elles portent alors le nom de *marisques*.

b. *Hémorrhoides internes*. — Les hémorrhoides internes se développent dans la cavité même du rectum, en général, à partir de deux centimètres au-dessus de l'orifice anal. Aussi, lorsqu'elles n'ont encore qu'un petit volume, elles ne sortent pas de l'intestin.

Lorsque leurs dimensions deviennent très-considérables, ou lorsqu'elles se congestionnent sous l'influence d'une cause quelconque, elles peuvent s'échapper par l'anüs: on les appelle alors *proidentes*. Dans ce cas, le sphincter, en se resserrant, peut les étrangler: de là divers accidents que nous étudierons plus loin.

Leur *structure* est la même que celle des hémorrhoides externes; seulement elles en diffèrent en ce qu'elles n'ont pas de tendance à subir cette transformation celluleuse qui s'observe dans ces dernières. Leur accroissement est toujours déterminé par de nouvelles dilatations veineuses.

Il n'est pas rare de voir coïncider les deux variétés de tumeurs hémorrhoidales.

**Symptômes.** — Les *hémorrhoides externes*, peu volumineuses et non enflammées, sont plutôt *gênantes* que douloureuses. Lorsque la muqueuse qui les recouvre s'enflamme, comme cela se voit assez souvent à la suite des frottements auxquels elles sont exposées, elles deviennent le siège d'une *vive sensibilité*. Elles peuvent présenter des *excoriations*, des *ulcérations*, qui rendent les douleurs encore plus pénibles.

Lorsqu'elles subissent la transformation celluleuse, elles se flétrissent et deviennent *indolentes*.

Les *hémorrhoides internes*, contenues dans le rectum, déterminent de la *constipation*, du *ténésme*, et une sensation de pesanteur dans la région anale.

Sous l'influence des efforts que fait le malade pour aller à la selle, elles deviennent *turgescents* et franchissent les limites du sphincter pour *se montrer à l'extérieur*, entraînées par leur propre poids et par les matières fécales qui les poussent. *Etranglées* par la contraction tonique des muscles constricteurs, elles augmentent de volume, deviennent *tendues, violacées, très-douloureuses*, à tel point qu'il est impossible de les faire rentrer dans le rectum. Cet accident peut se terminer par la *rupture de la tumeur*, qui, perdant une partie du sang qu'elle contenait, s'affaisse et devient réductible. D'autres fois, toute la masse est frappée de *gangrène*; elle tombe, et la maladie peut ainsi guérir spontanément, mais non sans que le malade ait été exposé à tous les graves accidents qui accompagnent la rétention des matières fécales. Toutes les fois, en effet, que l'anüs livre passage à des tumeurs hémorrhoidales, et que celles-ci, *turgescents* et enflammées, ne peuvent pas être réduites, la défécation est complètement impossible.

En l'absence de toute inflammation, les hémorrhoides présentent souvent un autre symptôme assez important: c'est l'écoulement sanguin qu'on désigne sous le nom de *flux hémorrhoidal*. Ces hémorrhagies, qui peuvent se reproduire à de courts intervalles, sans affecter cependant un caractère périodique, sont généralement peu abondantes. Il est rare qu'elles mettent les jours des malades immédiatement en danger; mais, en se répétant fréquemment, elles finissent par épuiser leurs forces et les faire insensiblement dépérir.

Parmi les *complications* les plus fréquentes des hémorrhoides, nous signalerons les rétrécissements du rectum, les fissures à l'anüs, et surtout la rectite, avec toutes ses conséquences (fistules, perforations, etc.).

On appelle *leucorrhée anale* l'écoulement de matières muco-purulentes dans la rectite chronique.

**Diagnostic.** — On reconnaît facilement, par la seule inspection de l'anüs, les hémorrhoides externes, qui se présentent sous l'aspect de tumeurs rosées ou rouges, suivant qu'elles sont plus ou moins turgides, molles, s'affaissant et diminuant de volume lorsqu'on les presse entre les doigts. La vue suffit également pour faire constater la présence des hémorrhoides internes proidentes; on les distinguera aux caractères que nous avons indiqués plus haut. Lorsque ces dernières sont contenues dans le rectum, il faut pratiquer le toucher.

On pourrait confondre les hémorrhoides externes avec des *végétations* de l'anüs; mais celles-ci sont aplaties, fermes, et ne s'affaissent pas par la pression; elles ne deviennent jamais turgides par congestion, comme les hémorrhoides.

Les hémorrhoides internes proidentes et les *polypes* se distinguent par des caractères qui ne permettent pas de les méconnaître; nous y reviendrons en parlant de ces derniers. Nous renvoyons également à l'article Cancer du rectum, où le diagnostic différentiel de cette affection et des hémorrhoides a été exposé.

**Causes.** — On a parlé du rôle que jouent, dans l'étiologie des hémorroïdes, le sexe et le tempérament des malades; l'influence de ces causes est peu connue. Il n'en est pas de même de la disposition anatomique des veines du rectum, passant entre des faisceaux musculaires qui les compriment et s'opposent au cours du sang dans leur intérieur. On comprend donc comment agissent les purgatifs réitérés, les efforts répétés de défécation chez les individus constipés, la grossesse et toutes les tumeurs qui compriment les veines du bassin : *toutes les causes de congestion de l'extrémité inférieure du rectum peuvent déterminer la production des hémorroïdes.*

**Pronostic.** — Le pronostic n'est pas grave, si ce n'est, cependant, lorsque des hémorroïdes internes, volumineuses, deviennent procidentes, s'enflamment, s'ulcèrent, ou lorsqu'elles donnent lieu à un écoulement sanguin abondant ou se renouvelant trop souvent.

**Traitement.** — Il faut combattre toutes les causes qui peuvent amener la congestion du rectum; on prévient, par des lavements, l'accumulation des matières dans l'intestin. Les lotions froides, les émoullents, les onctions avec l'onguent populéum sont conseillés dans le cas d'hémorroïdes externes ou d'hémorroïdes internes facilement réductibles. Ce traitement n'est que *palliatif*. Lorsqu'elles sont volumineuses, qu'elles exposent le malade aux accidents que nous avons signalés en parlant de leur inflammation et de leur étranglement, il faut avoir recours au traitement *curatif*.

La *compression* a donné quelquefois de bons résultats; elle affaïsse les tumeurs et prévient leur sortie par l'anus. Mais il est rare qu'elle amène une guérison définitive.

La *cautérisation* se pratique au moyen du fer rouge. On applique le cautère avec énergie, de manière à produire de profondes eschares. On a plus de chances ainsi de débarrasser le malade d'un seul coup, et on ne l'expose pas à plus de dangers qu'en brûlant seulement les couches superficielles de la tumeur.

Quelques chirurgiens emploient le caustique de Vienne. M. Gosselin, dans le cas d'hémorroïdes procidentes et étranglées, a obtenu de très-bons résultats par la cautérisation avec l'acide azotique.

La *ligature* se fait au moyen de l'écraseur linéaire ou à l'aide de fils qu'on passe à travers la base de la tumeur et qu'on serre fortement.

L'*excision* consiste à saisir les tumeurs avec une pince pour les attirer au dehors, et à les trancher à leur base avec le bistouri ou des ciseaux courbes. On prévient l'hémorrhagie en cautérisant la surface saignante ou en tamponnant le rectum.

#### IV. — POLYPES DU RECTUM.

Le rectum est le point du canal intestinal sur lequel les polypes se développent le plus souvent. Cependant, c'est encore une affection assez

rare : de là vient qu'on peut facilement la confondre avec des maladies plus souvent observées dans la pratique, telles que cancer, chute du rectum, hémorroïdes. Elle a cependant des symptômes propres, qui s'observent surtout lorsque la tumeur a acquis un certain développement, et qui doivent alors, surtout à l'exploration physique, empêcher de la confondre avec aucune autre maladie de la même région.

**Etiologie.** — Les causes de cette affection sont fort obscures. M. Stoltz (de Strasbourg), qui les a bien étudiées, admet que la *chute du rectum* y prédispose. Il est difficile d'avoir à cet égard une opinion bien arrêtée; ce qui est certain, c'est que les polypes du rectum sont fréquents surtout chez les enfants.

Il importe de faire ici une distinction importante, sinon absolue : les polypes *muqueux* sont surtout une affection de l'enfance; les polypes *fibreux* surviennent chez les adultes. Ces derniers sont d'ailleurs d'une grande rareté. Nous décrirons à part les deux variétés.

**Anatomie pathologique.** — *Polypes muqueux.* — Ces tumeurs siègent dans le rectum, ordinairement au-dessus du sphincter; il est rare qu'elles occupent une situation très-élevée. Elles sont le plus souvent uniques; quelquefois cependant il y en a plusieurs. Les polypes se présentent sous l'aspect de tumeurs, tantôt arrondies ou aplaties, tantôt bilobées. Ils ont une couleur rouge, rappelant celle de la muqueuse rectale, à laquelle ils adhèrent par un pédicule plus ou moins long, grêle et blanchâtre, s'implantant à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la marge de l'anus. Ils ne dépassent guère le volume d'une noisette, d'une amande.

Ils sont composés d'une enveloppe muqueuse se continuant avec la membrane interne de l'intestin, et présentant tous les éléments de cette membrane, épithélium cylindrique, chorion sous-muqueux, papilles, follicules. Ces derniers, plus ou moins nombreux et augmentés de volume, forment la masse principale de la tumeur. Lorsque l'épithélium est détruit, on découvre à la surface du polype, qui, à première vue, était lisse et uniforme, un grand nombre de petites dépressions qui correspondent à l'ouverture des tubes glandulaires. On peut donc considérer les polypes du rectum comme le résultat d'une hypertrophie folliculaire.

Ils sont pédiculés, comme nous l'avons dit; c'est l'enveloppe muqueuse qui forme ce pédicule unissant le polype à l'intestin. Le pédicule est assez volumineux lorsque le polype n'est pas très-ancien; il est plus mince lorsqu'il date de quelque temps, et qu'il a été allongé progressivement par la pression des matières fécales. Il contient des vaisseaux dilatés, qui, parvenus dans la tumeur, se divisent en une foule de capillaires, lesquels constituent une des parties les plus importantes de la production morbide.

*Polypes fibreux.* — Il est difficile de préciser le siège le plus fréquent de ces derniers, à cause de leur rareté; généralement, ils sont situés assez bas, comme les précédents; quelques-uns cependant occupent la

partie supérieure de l'ampoule rectale, au-dessus ou au niveau du cul-de-sac péritonéal. Leur structure est celle de tous les polypes fibreux ; ils sont constitués par des fibres de tissu conjonctif en faisceaux entre-croisés, et constituant un tissu d'une grande densité et peu vasculaire.

**Symptômes.** — *Polypes muqueux.* — Au début, avant que le polype fasse saillie à l'extérieur, les enfants rendent un peu de *sang* en allant à la selle ; ils ont des *épreintes*, des *démangeaisons*, des *douleurs* plus ou moins vives, enfin de véritables *hémorrhagies rectales*, qui peuvent se répéter souvent et amener une anémie très-grave.

Si l'on examine l'enfant lorsqu'il vient d'aller à la selle, on aperçoit bientôt une petite *tumeur rouge*, saignante, *faisant saillie* hors de l'anus, et tenant évidemment par un *pédicule* qui ne se continue pas directement avec les téguments de la marge de l'anus.

Si le polype n'est pas sorti, il faut, pour reconnaître sa présence, introduire profondément le doigt dans le rectum, et explorer sa surface interne en faisant glisser le doigt de haut en bas ; on rencontre alors le polype, qui glisse sous le doigt comme un noyau de cerise, et son pédicule dont il est facile de déterminer le point d'implantation qui a lieu le plus souvent sur la paroi postérieure de l'intestin.

*Polypes fibreux.* — Nous avons dit qu'ils ne se montrent guère que chez les adultes.

Leur *début* est très-obscur, d'autant plus que leur rareté empêche le chirurgien d'y songer tout d'abord.

Les *symptômes* qui les annoncent sont ceux d'une tumeur occupant le petit bassin, et comprimant progressivement, de manière à les gêner dans leurs fonctions, les organes qui l'environnent. Ainsi, on constate de la *pesanteur* au périnée, quelques *douleurs* dans la défécation, de la *constipation*, des *selles sanguinolentes* ; quelquefois aussi un peu de *dysurie* ; les *matières fécales* peuvent présenter une cannelure indiquant qu'un corps résistant leur a imprimé une dépression pendant qu'elles traversaient le rectum.

Il est quelquefois difficile, à cette période, de trouver la *tumeur* par l'exploration directe ; cependant le doigt peut la reconnaître, et sentir qu'elle est encore sessile, et ne se détache pas de la paroi rectale. Elle n'offre pas de bosselures aussi nombreuses et une surface aussi facilement saignante que la plupart des cancroïdes de cette région.

Plus tard, et quelquefois longtemps après le début, car le développement de cette maladie peut être très-lent, le polype se *pédiculise*, et commence à *faire saillie hors de l'anus* à chaque défécation. Alors la douleur, les épreintes, la constipation redoublent d'intensité, et peuvent conduire le malade à un état d'*épuisement* et de *cachexie* plus ou moins grave.

Lorsque la tumeur est sortie, on lui trouve une surface plus ou moins *rouge, saignante, tomenteuse* ; son volume varie de celui d'une noix à

celui d'une pomme. Le doigt peut la circonscrire, et déterminer avec plus ou moins de précision le point d'implantation sur lequel il faudra agir pour extirper la tumeur.

**Diagnostic.** — Nous avons indiqué comment l'exploration par l'introduction du doigt peut indiquer la présence, le volume, le point d'implantation des polypes du rectum. Nous allons dire quelques mots du *diagnostic différentiel*, qui d'ailleurs est le plus souvent facile.

Au début, et avant l'exploration directe, on pourrait croire à une *dysenterie*, et agir en conséquence. Il suffit alors d'explorer directement, et d'attendre que le polype fasse saillie à l'intérieur, pour rectifier le diagnostic.

Il est à peine besoin de signaler l'*invagination de la muqueuse rectale*, comme pouvant être confondue avec le polype. La continuité des bords de la tumeur avec la marge de l'anus, l'absence d'un pédicule, l'orifice qu'on remarque au centre de la muqueuse invaginée, empêcheront toute erreur.

Les *hémorrhoides*, extrêmement rares chez les enfants, forment des tumeurs bleuâtres, dues à la dilatation des veines, et sont facilement visibles aussitôt qu'on écarte les plis de la marge de l'anus. Les polypes, au contraire, constituent une masse rouge, pédiculée, etc.

Toute erreur est également difficile entre les polypes et les *rhagades*, les *végétations*, dont le siège est différent et qui ne se prolongent pas dans l'intérieur du rectum. Les hémorrhagies rectales, qui constituent un bon signe des polypes du rectum, ne sont cependant pas pathognomoniques : car on observe quelquefois à l'anus, chez les enfants, des fongosités, des végétations qui déterminent des écoulements sanguins considérables.

Chez l'adulte, le polype fibreux pourrait être confondu avec un *cancer* du rectum. Mais la marche plus lente du polype, sans envahissement rapide des organes voisins, sans douleurs excessives ni hémorrhagies très-abondantes, sans écoulement sanieux fétide, enfin la constatation de la forme et du pédicule de la tumeur par l'exploration directe, suffisent pour éviter la confusion.

**Pronostic.** — Le pronostic des polypes muqueux n'est pas grave. Souvent, lorsque leur pédicule est très-mince, ils se détachent et disparaissent spontanément ; d'autres fois, le pédicule se rompt pendant l'exploration du chirurgien. Les polypes fibreux des adultes, par les accidents que nous avons énumérés, sont d'un pronostic plus fâcheux.

**Traitement.** — Après avoir administré un lavement, pour faire apparaître la tumeur, on peut l'extirper :

1° Par *arrachement*, à l'aide des doigts ou d'une pince, lorsque le pédicule est très-mince et ne présente qu'une résistance insignifiante ;

2° Par *section simple* avec des ciseaux ; mais l'écoulement sanguin peut être dans ce cas assez abondant ;

3<sup>o</sup> Par *ligature*. Le polype tombe alors aussitôt, ou bien le pédicule ne se rompt qu'un peu plus tard.

On peut enfin pratiquer l'*excision* au-dessous de la ligature.

Pour les polypes fibreux dont le pédicule est épais et dense, on peut être obligé d'employer l'*écraseur linéaire*; mais, lorsque la tumeur est peu pédiculée, et qu'elle est située assez haut, il faut craindre d'intéresser toute l'épaisseur de la paroi rectale, et même le cul-de-sac du péritoine, dont la blessure causerait inévitablement une péritonite suraiguë.

#### V. — CHUTE DU RECTUM.

On désigne sous le nom de chute du rectum le prolapsus de la muqueuse de cet intestin à travers l'orifice. Elle se montre souvent chez les enfants.

**Causes.** — Il y a une cause qui tient à la structure même du rectum : c'est la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux, qui permet le plissement et le glissement facile de la muqueuse sur la tunique musculaire sous-jacente. Cette disposition est tellement prononcée chez certains animaux, chez le cheval, par exemple, que chaque défécation s'accompagne chez lui d'une véritable chute du rectum.

Une autre cause prédisposante, qu'on observe surtout dans l'enfance, consiste dans la faiblesse du sphincter et des muscles releveurs de l'anus.

Les *causes occasionnelles* sont toutes celles qui tendent à exagérer le déplacement normal de la muqueuse dans l'acte de la défécation : efforts d'expulsion chez les sujets constipés; fréquence des selles dans la dysenterie, dans la diarrhée; hémorroïdes, tumeurs diverses entraînant la muqueuse par leur poids.

**Symptômes.** — La tumeur formée par la muqueuse herniée se montre, au début seulement, au moment des selles; elle est molle, rouge, plissée; elle représente un *bourrelet* plus ou moins volumineux, percé d'un orifice à son centre, et continu par sa circonférence avec le pourtour de l'anus.

A mesure que la membrane interne s'habitue, pour ainsi dire, à s'échapper ainsi à chaque défécation, la difficulté que le malade éprouve à la contenir dans l'intervalle des selles devient de plus en plus grande, à tel point que le *déplacement* devient souvent permanent.

La *tumeur*, exposée aux frottements, à toutes les violences extérieures, peut s'enflammer et devenir très-douloureuse. La constriction qu'exerce sur son pédicule le sphincter anal, y détermine une congestion sanguine; c'est dans des cas semblables qu'on la voit s'étrangler et devenir complètement irréductible.

**Diagnostic.** — Il suffit de se rappeler que la chute du rectum forme une tumeur circulaire, percée d'un orifice à son centre, et continue par sa circonférence avec la muqueuse de la marge de l'anus, pour ne pas la confondre avec des *hémorroïdes internes procidentes*.

L'*invagination du rectum*, qui consiste dans le renversement de toutes les tuniques de cet intestin, présente, au premier abord, des caractères qui pourraient la faire prendre pour une chute du rectum. Mais, dans l'invagination, la circonférence de la tumeur ne s'unit jamais à celle de l'orifice anal; il y a simple contiguïté, et l'on peut faire pénétrer le doigt dans le sillon circulaire qui les sépare de l'anus.

**Pronostic. Traitement.** — Le pronostic est variable, peu grave quand la chute du rectum est récente, et facilement réductible; il le devient à mesure que la maladie date d'une époque plus reculée. Il faut donc la traiter de bonne heure.

On réduit la tumeur, puis on cherche à prévenir sa reproduction par la *compression*, les *astringents*. On a employé, dans le même but, la *strychnine* et l'*électricité*. Lorsque ces moyens ont échoué, il faut avoir recours à l'intervention chirurgicale.

La *cautérisation* se pratique avec le fer rouge, comme si l'on avait affaire à des tumeurs hémorroïdales. Il est bon de traverser préalablement la partie malade avec des fils qui servent à la maintenir au-dehors pendant l'opération.

La *ligature* consiste à embrasser la tumeur dans quelques anses de fil qui sont fortement serrées. On attend la chute des parties mortifiées. On peut appliquer ici le procédé dit de Luke, que nous avons décrit en parlant du traitement des tumeurs érectiles.

Signalons encore l'*excision partielle*, et l'*excision des plis rayonnés de l'anus*, pratiquée par Dupuytren.