

XVII HÉMORRHOÏDES

Les hémorroïdes sont constituées par la dilatation variqueuse des veines ano-rectales et tirent leur nom fort ancien d'un de leurs symptômes fréquents, l'hémorragie. GOSSELIN les avait appelées : tumeurs des veines du rectum ; mais cette définition est impropre, car elle ne s'applique qu'à un accident apparaissant au cours de l'évolution de la varice, la thrombo-phlébite et à leur transformation fibreuse.

La fréquence extrême des hémorroïdes en avait fait reconnaître la nature par les plus anciens médecins, et depuis HIPPOCRATE il n'est pas d'ouvrage de médecine qui n'ait traité de cette affection ; quelques-uns ont nié l'altération variqueuse, regardant les hémorroïdes comme des kystes sanguins du tissu cellulaire avec RÉCAMIER, ou cherchant à distinguer, avec ALLINGHAM, des hémorroïdes artérielles. Par contre, les discussions sur la pathogénie de cette maladie, durent depuis deux siècles et ne sont peut-être pas définitivement tranchées : à la théorie de la congestion édiflée par STAHL et son école, J.-L. PETIT, GOSSELIN, VERNEUIL ont opposé la théorie mécanique ; GOSSELIN¹ surtout en fut l'ardent défenseur et nous a laissé sur ce sujet des leçons devenues classiques.

De nos jours, les recherches ont porté principalement sur deux points : l'anatomie pathologique et le traitement. Grâce aux injections cadavériques et aux examens microscopiques,

¹ GOSSELIN. Leçons sur les hémorroïdes. Paris, 1866.

QUÉNU¹ a précisé le siège exact des hémorroïdes, leur structure, les désordres anatomiques qu'elles entraînent. Ces travaux ont été complétés en Allemagne par REINBACH² bien qu'avec une interprétation différente des lésions.

Enfin la question de thérapeutique tient aujourd'hui une large place dans une étude sur les hémorroïdes, grâce aux progrès modernes de la chirurgie. A la dilatation de l'anus, préconisée par VERNEUIL et TRÉLAT, à la cautérisation ignée de RICHER, est venue s'adjoindre l'exérèse au bistouri suivie de réunion par première intention ; le nom de WHITEHEAD reste attaché à cette méthode, son procédé opératoire étant de beaucoup le plus employé tout en ayant subi un certain nombre de modifications.

Anatomie normale. — L'anatomie pathologique des hémorroïdes ne peut se bien comprendre dans ses détails, que si l'on connaît la disposition des veines ano-rectales, et nous rappellerons tout d'abord ce point d'anatomie, que QUÉNU a bien déterminé. Ces veines sont de trois ordres et se distinguent en hémorroïdales supérieures, moyennes et inférieures ; les premières sont tributaires du système porte, les autres du système des veines iliaques. Les hémorroïdales supérieures naissent d'un plexus sous-muqueux, situé au niveau des valvules de MORGAGNI, par des troncules qui se collectent dans les colonnes de MORGAGNI ; de là ces petits troncs au nombre de dix à douze remontent sous la muqueuse rectale, puis perforent la musculature bien au-dessus de l'anus pour se réunir à l'une ou l'autre des deux veines hémorroïdales supérieures. Chez le nouveau-né ce système veineux ne présente aucune dilatation ; mais chez l'adulte il est constant de rencontrer au niveau des valvules de MORGAGNI de petites ampoules grosses comme un grain de blé, au point que DURET les regardait comme des origines normales ; QUÉNU a démontré que ces petits lacs sanguins étaient pathologiques et

¹ QUÉNU. Études sur les hémorroïdes. *Revue de Chirurgie*, 1893. — QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, Paris, 1895.

² REINBACH. Pathologisch-anatomische Beiträge zur Lehre von den Hämorrhoiden. *Beiträge zur Klin. Chirurg.*, 1897, t. XIX.

constituaient des « hémorroïdes en miniature ». C'est en effet le premier degré de la lésion qui nous occupe, et l'on peut dire qu'à ce stade, l'hémorroïde est d'une extrême fréquence, sinon constante.

Les veines hémorroïdales moyennes naissent d'un réseau qui occupe les faces antérieure et latérales du rectum au-dessus du releveur de l'anus; elles peuvent gagner isolément la veine iliaque interne, mais plus souvent on les voit s'unir aux plexus veineux des vésicules séminales et de la prostate chez l'homme, à ceux du vagin chez la femme.

Enfin les hémorroïdales inférieures collectent le sang issu du réseau veineux de l'anus; DURET les distinguait en sous-sphinctériennes et péri-sphinctériennes; les premières rejoignent en arrière les veines de la région coccygienne, en avant celles du scrotum ou de la vulve, sur les côtés au delà de l'ischion les veines musculaires de la cuisse; les secondes, plus profondes, traversent l'espace ischio-rectal et se jettent dans les honteuses internes.

Des anastomoses nombreuses réunissent ces différents systèmes, non seulement entre eux, mais encore avec les groupes veineux de la prostate ou du vagin. Les ramuscules qui unissent les hémorroïdales supérieures aux inférieures traversent le sphincter externe, ou contournent son bord inférieur; mais quels que soient leurs rapports avec le muscle, on ne peut observer ces étranglements par les faisceaux charnus, qui jouent un rôle si important dans la théorie mécanique. Enfin les veines du système porte sont dépourvues de valvules; celles du système cave en présentent, qui sont orientées vers les troncs de terminaison, de manière à faciliter le dégorgeement de la veine mésentérique.

Anatomie pathologique. — De tout temps on a distingué les hémorroïdes en *internes* et *externes*, suivant qu'elles sont apparentes ou non à l'extérieur d'une manière constante; les premières se développent sur les ramuscules d'origine des hémorroïdales supérieures, les secondes sur ceux des hémorroïdales inférieures. Dans l'immense majorité des cas, les

hémorroïdes internes apparaissent d'abord, et la petite lésion primitive occupe comme nous l'avons dit, les colonnes de MORGAGNI; puis la dilatation s'étend vers le bas, mais peut aussi remonter le long des parois rectales vers les branches de l'hémorroïdale supérieure ou 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.

Telles sont les localisations des hémorroïdes et leurs irradiations. Ajoutons que l'existence d'hémorroïdes externes isolées a été observée, mais surtout chez des femmes qui présentaient une dilatation variqueuse des veines vulvo-vaginales.

La lésion hémorroïdaire elle-même doit être décrite suivant le degré de son développement. Réduite à son minimum, elle se montre comme une dilatation serpentine ou ampullaire, du volume d'un grain de chènevis ou de blé; plusieurs veinules, au niveau des valvules de MORGAGNI, sont atteintes, et sur chacune d'elles, la dilatation est unique, ou multiple et en chapelet. Bientôt les petites ampoules voisines arrivent à se rapprocher, à se fusionner entre elles, et l'aspect extérieur est celui d'une tumeur vasculaire, molle, bosselée, dont le volume atteint parfois celui d'un œuf de pigeon. C'est la *tumeur hémorroïdaire* proprement dite; en la disséquant, on la voit appendue à une ou deux veines assez grosses, remontant dans la paroi rectale; en la dissociant, on constate que ce n'est qu'une agglomération de petites ampoules et de veinules.

A un stade plus avancé les tumeurs hémorroïdaires se fusionnent bord à bord et forment un bourrelet annulaire complet, siégeant à 12 ou 15 millimètres au-dessus de l'orifice anal, mais ayant toujours tendance à descendre dans le canal anal et à se montrer au dehors; en effet les tumeurs hémorroïdaires siègent dans la couche celluleuse sous-muqueuse, dont la laxité est si remarquable. En dehors des modifications inflammatoires, elles se laissent donc décoller aisément d'avec la musculature, assez difficilement d'avec la muqueuse elle-même; cette dernière n'est d'ailleurs pas indemne, on y trouve des varicosités très fines ayant parfois une coloration rouge vif. Nous savons aussi que des dilatactions s'observent sur les veines de la paroi musculaire du rectum.

Enfin lorsque la lésion s'est étendue par les anastomoses aux origines des hémorroïdales inférieures, on voit se constituer les hémorroïdes externes. Celles-ci se présentent avec les caractères des varices sous-cutanées; elles peuvent former une seule tumeur

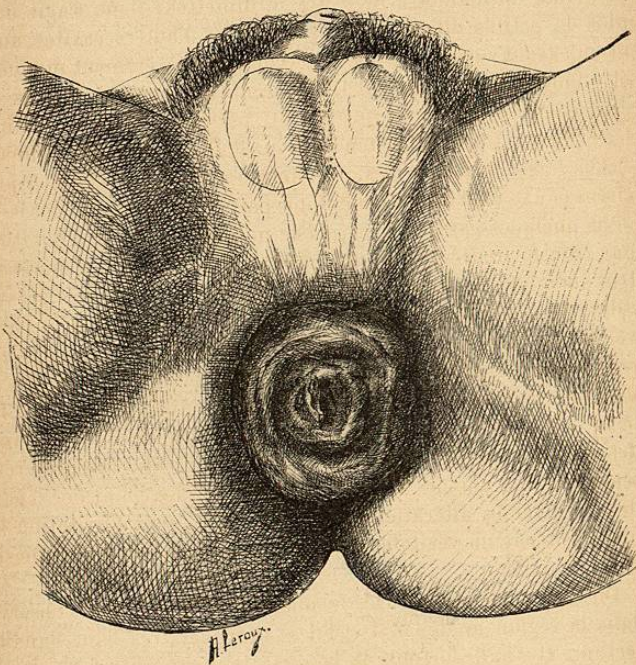


Fig. 23.

Hémorroïdes. Après dilatation on voit le double bourrelet hémorroïdaire faisant saillie hors de l'anus. (GÉRARD-MARCHANT.)

isolée, ou au contraire apparaît comme un bourrelet occupant l'anus; ce bourrelet est toujours incomplet et divisé par des sillons qui sont généralement médian et antéro-postérieur et transversaux. Aussi compte-t-on le plus souvent quatre paquets d'hémorroïdes externes. Leur siège est plus ou moins rapproché

de l'anus et l'on a pu les diviser en hémorroïdes sous-muqueuses, sous-cutané-muqueuses et sous-cutanées. La section d'une tumeur hémorroïdaire externe ouvre une cavité assez grande, véritable renflement ou ampoule ayant comme dimension moyenne un diamètre de 6 à 8 millimètres; il ne s'agit donc plus de petites dilatations agglomérées; d'autres cavités aussi grandes sont voisines ou mêmes accolées; le revêtement muqueux et même cutané est aminci, adhérent et nous en verrons les altérations. Nous savons que du côté périphérique, la dilatation, les bosselures peuvent s'étendre loin, le long des troncs veineux.

Les lésions histologiques, très intéressantes, ont été bien précisées par QUÉNU. Les veines ont une paroi le plus souvent épaissie, dans quelques cas par hyperplasie musculaire, mais d'habitude par transformation des tuniques en une sorte de tissu muqueux très abondant infiltré de cellules embryonnaires. Sur les grosses dilatations on observe au contraire l'amincissement de la paroi veineuse qui prend l'aspect du tissu fibreux; cette paroi peut rester indépendante du tissu environnant, ou au contraire se fusionner avec lui ou avec d'autres veines dilatées voisines. De là cette disposition qui rappelle le tissu caverneux et où l'on voit des cavités multiples limitées par des bandes fibreuses, et creusées dans une gangue homogène, scléreuse. Le point de départ de ces diverses altérations est l'endoveine, dont l'irritation se manifeste par un véritable bourgeonnement avec production de tissu muqueux.

Du côté de la muqueuse, le maximum des lésions s'observe dans la région anale, mais peut se propager très haut dans le rectum. Il s'agit surtout de la dilatation des vaisseaux capillaires avec épaississement hyalin de leur paroi; puis de la prolifération abondante des cellules rondes; le tissu environnant prend l'apparence d'une gaine fibroïde; à un stade plus avancé on voit des cavités lacunaires irrégulières creusées dans le chorion; la muqueuse devenue fibreuse ne se distingue plus de la sous-muqueuse; la couche musculaire est atrophiée; c'est un acheminement vers la transformation caverneuse.

Telles sont les lésions essentielles frappant les veines et les capillaires, le tissu qui les entoure, la muqueuse et la sous-

muqueuse. Il est remarquable de constater que jamais les artères ne présentent d'altérations ; elles ont leur volume, leur distribution normale ; histologiquement elles sont saines ; ALLINGHAM se trompait donc, en croyant à l'existence d'hémorroïdes artérielles. Les glandes ne présentent pas de lésions épithéliales ; les nerfs sont atteints de péri-névrite, quand ils traversent des tissus sclérosés. Les muscles lisses enfin sont d'habitude en voie d'atrophie. Voilà pour les lésions accessoires.

Au cours de l'évolution des hémorroïdes, l'aspect anatomique peut être modifié par une complication très fréquente et très banale, la *phlébite*, et celle-ci peut laisser des reliquats, à titre de modifications définitives. Laissant ici de côté tout ce qui relève de l'observation clinique seule, nous exposerons seulement les altérations anatomiques engendrées par l'infection des varices ano-rectales.

La phlébite se caractérise macroscopiquement par la coagulation du sang dans les ampoules variqueuses. Cette thrombose peut se limiter à des petites ampoules, autour desquelles des dilatations plus grandes restent perméables au sang. En sorte qu'à un examen superficiel, on peut ne voir que les phénomènes de congestion, de fluxion, occupant la grosse masse d'hémorroïdes, et méconnaître la petite lésion profonde de thrombo-phlébite qui en est la cause (QUÉNU). D'autres fois, la phlébite, plus étendue, occupe un amas hémorroïdaire, tout un bourrelet ; ou encore elle envahit à la fois les hémorroïdes externes et internes ; les tumeurs, au lieu d'être molles, souples, réductibles, sont dures, tendues, et complètement irréductibles ; à la coupe, on les trouve remplies de coagulations.

Les recherches bactériologiques de HARTMANN et LIEFFRING¹, de QUÉNU², ont démontré que ces caillots cultivent facilement ; l'agent infectieux trouvé le plus souvent est le *bacterium coli*, seul ou associé au staphylocoque ; le streptocoque a été quelquefois rencontré. Aussi comprend-on les suites possibles de la phlébite hémorroïdaire, suivant le degré de virulence de ces microbes :

¹ HARTMANN et LIEFFRING. *Bull. de la Soc. anat.*, janvier-mars 1893.

² QUÉNU. *Bull. de la Soc. anat.*, février 1893.

une infection atténuée se traduit par la coagulation qui isole la varice du reste de la circulation ; la paroi veineuse bourgeonne, et bientôt la cavité se comble ; le noyau fibreux qui en résulte se confond avec le tissu péri vasculaire des hémorroïdes internes ; au niveau des hémorroïdes externes, il se produit une *marisque* c'est-à-dire un repli cutané aplati et flasque. BODENHAMER a observé la production de phlébolithes.

Si au contraire l'infection variqueuse est plus intense, elle conduit à la *suppuration* et au *sphacèle*. Les abcès sont parfois microscopiques ou localisés à la muqueuse même ; plus souvent ils sont assez gros et se collectent dans la couche sous-muqueuse, ou sous-cutanée. Leur ouverture spontanée donne lieu à une fistule sous-muqueuse, sous-cutanée ou sous cutanéomuqueuse. La gangrène est le résultat de l'infection phlébitique et de la prociidence irréductible des bourrelets ; dans ce cas en effet, l'irritation nerveuse occasionne par réflexe, la contraction du sphincter qui devient un agent d'étranglement pour les hémorroïdes prolabées ; comme conséquence du sphacèle, on observe parfois des suppurations à distance. Et il faut ajouter que l'infection hémorroïdaire peut être le point de départ de complications générales ; c'est ainsi qu'on a vu autrefois, à la suite d'opérations l'infection purulente et l'endocardite infectieuse.

Par leur répétition les poussées de phlébite déterminent du côté de la muqueuse des altérations prononcées ; au microscope on reconnaît la transformation caverneuse de la muqueuse avec infiltration de cellules rondes ; de là des ulcérations occasionnées par l'inflammation de la muqueuse, par les traumatismes dus au passage des matières fécales, et entretenues par la septicité du contenu rectal. L'érosion fissuraire siège au niveau du sphincter ; l'ulcération proprement dite, au niveau de l'anus ou du rectum, et parfois très haut sur ce dernier. Enfin quand l'altération de la muqueuse rectale est très étendue, chez les vieux hémorroïdaires en particulier, on observe une véritable rectite chronique. Les lésions histologiques de la phlébite hémorroïdaire ne nous arrêteront pas car elles ne présentent rien de spécial, mais sont identiques à celles de toute phlébite variqueuse.

Étiologie. — On a tout dit sur l'étiologie des hémorroïdes, et les causes invoquées sont aussi nombreuses que contradictoires. Cependant certains faits méritent d'être retenus. Cette affection se développe de préférence à l'âge adulte, de trente à quarante ans; ou du moins, si anatomiquement la lésion existe de bonne heure, ce n'est guère qu'à l'âge moyen de la vie que les malades ressentent des troubles sérieux. Cependant on a vu les hémorroïdes dans le jeune âge (ALLINGHAM, trois ans; QUÉNU, treize mois; OGSTON, LANNELONGUE, à la naissance). BALL¹ les observe plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, mais GRISOLLE² constatait l'inverse, et QUÉNU croit la proportion la même dans les deux sexes.

Parmi les causes proprement dites, il faut citer l'état général en particulier la diathèse herpétique, les excès d'alimentation, la vie sédentaire, la station assise et surtout la constipation; il est, vrai que l'on a aussi invoqué la diarrhée et l'abus des purgatifs la station debout, etc.

Plus importantes peut-être sont les *irritations de la région anale* entretenues par la malpropreté et le défaut de lavages, source continuelle d'infection dont nous verrons tout à l'heure le rôle dans la pathogénie des hémorroïdes. Au même titre d'ailleurs agit la *constipation*, dont l'influence est incontestée, et qui occasionne mécaniquement des éraillures de la muqueuse anale, en même temps que, par les efforts, elle amène des perturbations dans la circulation veineuse. Il y a donc là un premier facteur étiologique d'une réelle valeur.

Nous en trouvons un deuxième du côté de l'état général: il n'est pas rare de rencontrer des hémorroïdaires présentant d'autres altérations variqueuses, varicocèle, varices des membres inférieurs, varices des veines prostatovésicales etc. Les lésions si multiples et si étendues sont sous la dépendance d'un trouble général de la nutrition, d'une dyscrasie à laquelle LOBSTEIN, le premier, aurait donné le nom de *phlébo-sclérose*. Cette sclérose comparable à l'artério-sclérose, rattachée comme elle à l'arthri-

¹ BALL. *The rectum and anus*, 1887.

² GRISOLLE. *Traité de Pathol. int.*, 1879.

tisme et coexistant souvent avec elle, n'est pas forcément généralisée; bien plus souvent elle se contente d'atteindre un ou deux territoires veineux. Mais chez de tels malades l'influence de la diathèse arthritique se manifeste par une foule de petits accidents qui surviennent peu à peu: l'eczéma et d'autres dermatoses, les bronchites, l'asthme, les migraines, la dyspepsie; ou d'autres plus sérieux, coliques néphrétiques et hépatiques, enfin les attaques de goutte. Et il y a de telles analogies entre ces dernières et les poussées congestives d'hémorroïdes que TROUSSEAU faisait de la crise hémorroïdaire, une attaque de goutte larvée; enfin depuis STAHL, nombre de médecins ont signalé la suppléance que peuvent présenter les uns vis-à-vis des autres, les accidents hémorroïdaires et goutteux. Et voilà comment en considérant la question d'un point un peu plus élevé, on arrive à la conception d'une *maladie hémorroïdaire*¹ étroitement liée à la goutte et à d'autres manifestations, dont l'étiologie commune est une maladie par ralentissement de la nutrition, l'arthritisme.

Mais ce ne sont pas là toutes les hémorroïdes. Il en est d'autres, appelées *symptomatiques*, qui surviennent à titre d'accident ou de complication au cours d'une maladie.

Les affections du rectum sont les premières à signaler, en particulier le cancer, toutes les variétés de rectites, les rétrécissements. Puis ce sont les affections des organes génito-urinaires pelviens: la vessie (calculs) la prostate (hypertrophie) l'utérus et ses annexes (métrites, salpingo-ovarites), etc.; enfin, toutes les tumeurs pelviennes, amenant des troubles circulatoires par leur vascularisation ou par compression. Par contre, QUÉNU se demande jusqu'à quel point les hémorroïdes peuvent retentir sur les organes pelviens; nous avons vu les varices rectales susceptibles de se propager vers la prostate et la vessie, le vagin et l'utérus; la sclérose veineuse ne peut-elle être le point de départ d'une sclérose vésico-prostatique, d'une inflammation chronique utéro-annexielle?

¹ E. DUPRÉ. Leçon d'agrégation. *Écho médical du Nord*, février 1899.

A côté de ces faits, il faut signaler la *grossesse* dont l'importance étiologique est incontestable. Plus d'un tiers des femmes enceintes sont atteintes d'hémorroïdes, d'après BUDIN¹; on ne peut pas incriminer seulement la compression, mais encore les modifications de la circulation pelvienne, sous l'influence de la gestation; car si certaines varices se développent peu à peu en même temps que la grossesse, d'autres surviennent brusquement, d'une façon précoce, dans le cours du premier mois.

On a invoqué encore l'action des maladies d'organes plus éloignés, le cœur, les poumons, et surtout le foie; il semblerait en effet que les cirrhoses hépatiques et surtout la cirrhose atrophique avec ses altérations du système porte, dût fatalement retentir sur les origines de la mésentérique inférieure et cependant MONNERET concluait à la rareté des hémorroïdes dans cette affection. Son opinion a été tantôt combattue, tantôt confirmée.

Pathogénie. — Tous les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous permettront d'être plus bref dans l'exposé de la pathogénie des hémorroïdes. Jusqu'à notre époque, deux théories ont été proposées: celle de la *congestion* avec STAHL et la *théorie mécanique* avec J.-L. PETIT, GOSSELIN, VERNEUIL, DURET. Dans ces dernières années, QUÉNU édifia sur des bases scientifiques la théorie de l'*infection veineuse*; plus récemment encore REINBACH, faisant table rase des données précédentes regarde les hémorroïdes comme des tumeurs et les identifie aux *angiômes*. Recherchons quelle part de vérité il faut accorder à ces diverses conceptions.

STAHL et son école expliquaient la formation des hémorroïdes par une *congestion active* résultant de la pléthore abdominale; cette congestion est susceptible d'ailleurs de frapper d'autres viscères, d'autres régions de l'organisme, de s'éteindre ou de revenir suivant l'état de santé générale ou l'apparition de causes occasionnelles. De là les poussées successives de fluxions hémorroïdaires, leur alternance avec les crises de goutte, d'asthme, etc.,

¹ BUDIN. Les varices chez la femme enceinte. *Thèse d'agrégation*, 1880.

l'influence réputée salutaire du flux hémorroïdal. La réalité de ces congestions actives ano-rectales n'est pas contestable; mais la théorie ne prouve pas qu'elles suffisent, même souvent répétées, à engendrer la lésion hémorroïde; elle n'explique pas la fréquence si remarquable de cette localisation ano-rectale, alors que le reste de l'intestin soumis aux mêmes congestions, est indemne. Enfin elle semble trouver un appui dans la découverte des vaso-moteurs et des actions nerveuses vaso-dilatatrices, mais alors la congestion devient secondaire; il nous suffit de dire que les hémorroïdes sont une affection congestive comme toutes les manifestations de la diathèse arthritique, ce qui ne jette aucune lumière sur leur mode de production. D'autre part cette théorie ne tient pas compte du fait démontré par QUÉNU, que toute congestion hémorroïdaire est le résultat d'une infection, d'une phlébite.

La *théorie mécanique* prétend que la circulation est entravée dans les veines hémorroïdales supérieures, par l'absence de valvules, le passage des veines à travers la musculuse de l'intestin, et par la progression des matières fécales qui refoulent le sang vers l'anus. Rien, dans tout cela, n'explique la localisation anale de la maladie. DURET¹ crut trouver cette explication dans la disposition anatomique des anastomoses qui relient à travers le sphincter les circulations porte et cave; il admettait en effet l'existence de canaux de dérivation grêles, passant au milieu des fibres musculaires du sphincter, surtout près de son bord supérieur, enserrés par de véritables boutonnières contractiles. En sorte que dans la défécation pénible chez un constipé, le sphincter ne se dilatant pas, les canaux resteraient fermés, et le sang accumulé par l'effort dans les hémorroïdales supérieures ne pourrait s'en échapper; d'où la dilatation. Mais cette interprétation repose sur une erreur; nous avons vu que les anastomoses entre les veines du rectum et les tributaires des veines iliaques sont larges et nombreuses, et qu'aucun obstacle ne peut s'opposer de ce fait, à la circulation. Enfin la conception de DURET ne peut expliquer l'existence d'hémorroïdes externes

¹ DURET. *Archiv. gén. de méd.*, 1879.

isolées. Un autre argument peut encore être invoqué contre cette théorie : les compressions du système hémorroïdal supérieur (tumeurs pelviennes, cirrhose atrophique, etc.) n'entraînent pas fatalement l'existence d'hémorroïdes.

Tout en admettant la réalité des congestions hémorroïdaires et l'influence de tout effort, mais surtout des efforts d'expulsion abdominale, pour produire la dilatation des veines ano-rectales, QUÉNU considère que l'altération préalable des parois veineuses est indispensable pour que cette dilatation devienne permanente et que la varice hémorroïdale soit créée. Cette phlébite peut dépendre de l'état général, de la phlébo-sclérose ; bien plus souvent elle reconnaît comme cause une infection locale par inoculation ; ce n'est pas étonnant dans une région soumise à des contacts septiques répétés et qui est le siège fréquent d'éruptions, d'éraillures, de petits traumatismes dus à la défécation laborieuse. Suivant la remarque de QUÉNU, l'hypertension vasculaire due aux efforts, qui intervient secondairement pour dilater les veines malades, s'exerce aussi bien sur le système des hémorroïdales inférieures et moyennes que sur les veines rectales ; la pression est en effet accrue à la fois dans le système porte et dans le système cave inférieur.

La dernière théorie édictée par REINBACH repose sur l'examen histologique de 15 cas ; il constate que dans les hémorroïdes, il y a constamment une augmentation considérable dans le nombre des capillaires, comme un véritable bourgeonnement, et une hypertrophie du tissu conjonctif environnant qui prend les caractères du tissu caverneux ; cette néoformation est-elle d'origine inflammatoire, ou constitue-t-elle une tumeur proprement dite ? REINBACH repousse l'origine inflammatoire comme étant inconstante et par suite non essentielle, et parce qu'il n'a pas observé sur certaines pièces de modifications des capillaires à la suite de thrombose veineuse ; il croit donc à l'existence d'une vraie tumeur, avec néoformation de capillaires, ayant par conséquent tous les caractères d'un angiome. L'engorgement veineux peut amener des modifications inflammatoires ; elles sont secondaires et n'ont rien de commun avec l'essence même des hémorroïdes. Enfin pour expliquer la fréquence de la localisation

anale des angiomes REINBACH pense que cette région présente une prédisposition (?).

On peut aisément admettre la nature angiomateuse des hémorroïdes, d'ailleurs rares, de tous jeunes enfants, chez lesquels on ne saurait invoquer de phlébite antérieure ; mais nous ne pouvons rejeter à l'heure actuelle les importants résultats des recherches de QUÉNU sur les hémorroïdes des adultes. Si la phlébite n'est pas constante au moment de l'observation, elle est trop fréquente au début de la lésion et dans tout le cours de la maladie, pour ne se voir attribuer qu'un rôle accessoire. L'explication pathogénique de l'inflammation cadre mieux que toute autre avec la fréquence extrême des hémorroïdes, et les causes multiples et variées qui leur donnent naissance.

Symptômes. — La symptomatologie des hémorroïdes est nulle ou insignifiante pendant une longue période de temps ; le début passe donc inaperçu des malades, et la lésion se révèle un beau jour par des phénomènes douloureux, une proci-dence, une hémorragie, une poussée phlébitique légère et localisée, ou enfin une vraie crise fluxionnaire. Ce sont là des accidents ; ils surviennent tôt ou tard au cours de la lésion, et le médecin appelé constate une petite tumeur hémorroïdaire encore jeune, ou bien un volumineux bourrelet, datant sans doute de plusieurs années. Cependant dans quelques cas, la lésion se révèle plus tôt, par des démangeaisons au niveau de l'anus ; quand elles sont prononcées elles sont absolument impérieuses, et causent de véritables tourments au malade ; celui-ci peut d'ailleurs sentir quelques petites bosselures au pourtour de l'anus, lorsqu'il est atteint d'hémorroïdes externes.

L'hémorragie est un accident si fréquent que la maladie lui a emprunté son nom. Très légère, l'hémorragie se traduit par la présence de filets de sang rouge à la surface des matières, chez les constipés ; mais elle peut être plus abondante, et au moment de la défécation, le malade expulse la valeur de une ou deux cuillerées de sang rutilant, et toujours avec force, car le sang est projeté sur les parois du vase. Enfin l'écoulement peut être tel que le sang s'accumule dans l'ampoule rectale, provoque

un besoin d'aller à la selle, et est rejeté sans matières. Il est quelquefois possible de se rendre compte de la source de l'hémorragie par l'examen du rectum à l'aide de valves : le plus souvent la muqueuse saigne en nappe, à cause de ses altérations, de sa friabilité; ou bien elle est ulcérée en un point, soit à peine érodée, soit profondément entamée; enfin une ampoule veineuse a pu se rompre, le sang s'est diffusé sous la muqueuse, puis s'est échappé par une perforation que l'on découvre en enlevant un petit caillot. Dans bien des cas, on observe un jet de sang rouge non que l'hémorragie soit artérielle, mais à cause de l'excès de pression et de l'activité de la circulation, qui résulte de la dilatation des capillaires.

On connaît quelques exemples d'hémorragies rapidement mortelles par l'abondance de la perte de sang. D'habitude cet accident ne devient inquiétant que par sa répétition; on comprend en effet qu'une hémorragie se reproduisant chaque jour, même en petite quantité, finisse par altérer l'état général; une anémie grave s'établit, avec diminution énorme des globules rouges; le malade maigrit, perd ses forces, et présente toutes les apparences de la cachexie cancéreuse. Heureusement, la répétition des hémorragies n'est pas constante; après avoir duré quelques jours, quelques semaines, elles cessent, permettant au malade de réparer ses forces; elles peuvent réparaître à des intervalles plus ou moins éloignés. On a même cru voir quelquefois une certaine périodicité dans ces écoulements; ou bien le flux hémorrhoidal alterne avec des crises de goutte, d'asthme, etc.

Les hémorrhoides internes qui habitent le rectum, deviennent *proci dentes* lorsqu'elles sortent au dehors, à travers l'anus. En effet toute production anormale de la muqueuse rectale a tendance à descendre en entraînant cette muqueuse à cause de la laxité de la celluleuse sous-jacente. C'est donc pendant l'acte de défécation que les hémorrhoides internes s'extériorisent; puis elles rentrent spontanément, ou sous l'influence d'une légère pression. Le phénomène n'est pas douloureux par lui-même, mais il occasionne de fausses envies; le malade fait de vains efforts qui augmentent encore cette procidence. Peu à peu le

sphincter se relâche, et l'issue des paquets hémorrhoidaires, plus facile, se reproduit à tout instant, pendant la miction, la marche, au moindre effort. Un véritable prolapsus de la muqueuse peut accompagner la chute des hémorrhoides. Cette muqueuse herniée est plus exposée à l'irritation par frottements, aux traumatismes que lui fait subir, en passant, le bol fécal. A ce titre la procidence intervient dans la genèse de la phlébite, mais elle n'en est pas la condition nécessaire.

Les *poussées de phlébite* sont extrêmement fréquentes. L'inflammation très localisée se traduit par une douleur vive, éveillée d'habitude au moment de la défécation; mais cette douleur persiste, cuisante, gênant le malade pour s'asseoir, pour marcher; la constipation s'exagère, et les selles, très pénibles, sont infructueuses ou insuffisantes. Le malade peut sentir lui-même son hémorrhoid thrombosée, sous forme d'une petite tumeur grosse comme un pois ou une noisette, sur le côté de l'anus; elle est dure, extrêmement sensible au toucher. Il s'agit d'une hémorrhoid externe, ou d'une hémorrhoid interne procidente et irréductible spontanément. Après quatre à cinq jours elle s'affaïsse, se flétrit sur place ou rentre d'elle-même, et tout phénomène douloureux disparaît. Ces petites phlébités reviennent à intervalles variables.

Une poussée inflammatoire plus intense constitue la *crise hémorrhoidaire*. Celle-ci s'annonce par quelques signes prodromiques tels que pesanteur pelvienne, sensation de tension du côté du rectum, et des phénomènes généraux, céphalalgie, fièvre légère, soif, inappétence. Bientôt la douleur se précise et augmente; les fausses envies d'aller à la selle apparaissent, en même temps que du prurit anal, des irradiations névralgiques du côté de la vessie, du bas-ventre. La marche, la station assise sont impossibles; même le séjour au lit devient insupportable. Le malade ne sait plus quelle position prendre; il est en proie à une douleur atroce, lancinante, à des épreintes continuelles; il cherche en vain un soulagement par tous les moyens possibles, il s'accroupit, se lève, se couche en chien de fusil; il recourt à des ablutions chaudes ou froides, à des applications calmantes. Parfois la rupture d'une hémorrhoid avec issue d'un

caillot et de sang, lui procure une amélioration momentanée. La fluxion se termine au bout d'une huitaine de jours par résolution, à moins qu'une complication ne survienne. Exceptionnellement ces complications sont d'ordre général, et résultent de la propagation de la phlébite aux veines voisines, avec septicémie ou infection purulente; d'habitude elles sont purement locales et perceptibles seulement à l'examen physique.

Celui-ci donne des résultats bien différents suivant l'âge des hémorroïdes et suivant qu'il y a ou non une poussée fluxionnaire.

SIGNES PHYSIQUES. — Ici il convient de distinguer les hémorroïdes externes et internes. En dehors de tout accident inflammatoire, les premières se montrent sous forme de replis de la muqueuse anale, susceptibles de se gonfler pendant les efforts, pour prendre l'aspect de bosselures bleuâtres et molles; ces bosselures siègent sur les côtés de l'anus, jamais sur la ligne médiane; on en compte un nombre variable. Le plus souvent, quand on a constaté leur existence, il faut s'attendre à trouver des hémorroïdes internes; pour les voir, il faut déplisser fortement l'anus avec les doigts et prier le malade de pousser; elles apparaissent alors comme de petites bosselures recouvertes d'une muqueuse rouge ou bleuâtre, quelquefois ulcérée et saignante. Y a-t-il prolapsus? Le malade en poussant fait sortir alors un gros bourrelet circulaire ou presque, mais irrégulier et bosselé, qui reste hernié à travers l'anus; cette tumeur est tendue mais molle, réductible par pression.

Enfin nous avons dit que dans les hémorroïdes saignantes la source de l'hémorragie peut quelquefois être découverte par l'examen rectoscopique avec des valves. Le toucher rectal par contre n'offre pas de renseignements de valeur: les hémorroïdes internes simples ne fournissent pas au doigt de sensation spéciale; tout au plus un gros bourrelet réduit dans le rectum est-il perceptible comme un épaissement molle de la muqueuse.

Une lésion de phlébite profonde, très limitée n'est pas toujours reconnue par l'examen physique. Lorsqu'une tumeur hémorroïdaire externe est trombosée, elle constitue une petite masse

arrondie, dure; la peau ou la muqueuse est tendue à sa surface, lisse et brillante, de couleur violacée; l'affaissement n'en est plus possible. Si c'est une hémorroïde interne, elle se pédiculise et sort par l'anus pour présenter les mêmes caractères; ou bien reste dans le rectum, et l'induration ne peut être sentie que par le toucher; en introduisant le doigt, on éveille de très vives douleurs, et on reconnaît un fait important, la contracture plus ou moins marquée du sphincter.

Enfin si la phlébite hémorroïdaire est totale, et la crise douloureuse très intense, on observe au niveau de l'anus, deux bourrelets concentriques, indurés, formés par les deux variétés d'hémorroïdes. La tumeur peut alors être énorme, comme une mandarine et même davantage; la tension de la muqueuse et de la peau est extrême; il y a de l'œdème périphérique; la coloration des tumeurs passe du violet au brun, puis au noir. Le simple attouchement arrache des cris au malade, et si l'on veut quand même introduire le doigt par l'anus, au centre des cercles bosselés, il n'est pas rare que la contracture du sphincter s'y oppose absolument.

Si la crise se termine par résolution, la tumeur diminue, s'affaisse peu à peu, ou vide une partie de ses caillots par une déchirure; la contracture du sphincter disparaît et bientôt tout rentre dans l'ordre jusqu'à la crise suivante. Mais des complications modifient souvent cette marche de la maladie; ce sont l'*irréductibilité*, la *gangrène* et les *suppurations*.

Certains bourrelets internes, thrombosés sont cependant susceptibles d'être réduits, après anesthésie locale à la vaseline cocaïnée; il faut admettre alors que les hémorroïdes n'étaient que partiellement coagulées, que l'infiltration œdémateuse a pu en être chassée par pression prolongée; enfin que le sphincter était faiblement contracturé. Mais l'inflammation d'une part, la contracture musculaire de l'autre, agissent simultanément pour «étrangler» l'hémorroïde herniée, et l'irréductibilité est ainsi obtenue. Les douleurs spontanées avec ténésme atteignent alors leur maximum d'intensité, il y a souvent rétention d'urine. Lorsque l'étranglement se prolonge au delà de quelques jours, le sphacèle apparaît: des escarres noirâtres se dessinent puis se