

détachent, en même temps que les phénomènes douloureux se calment. La gangrène peut être très superficielle, limitée à quelques points de la muqueuse, ou frapper une hémorroïde seulement; elle peut être totale, et faire tomber le bourrelet en entier. La plaie résultant de la chute de l'eschare se réunit très lentement, et la cicatrice reste longtemps indurée. Si la plaie fait le tour de l'anus, elle peut devenir l'origine d'un rétrécissement de cet orifice.

Les hémorroïdes suppurent souvent; l'abcès est comme elles sous-muqueux ou sous-cutané, et s'ouvre spontanément d'habitude. Le décollement peut s'étendre assez loin; mais en somme, rien n'est à décrire de particulier à propos de ces abcès de la marge de l'anus; ils deviennent volontiers fistuleux de même que tous les autres abcès de cette région. Des suppurations plus éloignées se voient quelquefois, abcès de la fosse ischio-rectale, abcès de la prostate etc.

Enfin nous signalons en passant une dernière complication des hémorroïdes, l'ulcération de la muqueuse. C'est le plus souvent une érosion fissuraire de l'anus avec son cortège douloureux symptomatique; ou bien il s'agit de véritables ulcères variqueux de l'anus ou du rectum, qui seront décrits plus loin.

Pronostic. — L'évolution de la maladie hémorroïdaire est des plus variables; chez certains malades elle est supportée aisément pendant toute l'existence, avec de temps à autre une petite crise inflammatoire légère. Chez d'autres les hémorragies sont rares, peu abondantes, quelquefois même considérées comme un flux bienfaisant. Quelques-uns guérissent spontanément après un sphacèle total du bourrelet. Par contre les crises peuvent se répéter si souvent qu'elles deviennent un vrai tourment; le malade ne peut plus se permettre le moindre excès, le moindre écart de régime sans s'exposer à la phlébite. L'hémorragie, par son abondance, et surtout par sa répétition, amène la *cachexie hémorroïdaire* et la mort. Enfin localement, les hémorroïdes entraînent des altérations graves de la muqueuse rectale; une véritable rectite se développe, avec constipation opiniâtre, troubles dyspeptiques, coliques sèches dites coliques hémorroïdaires; l'anus,

dont le sphincter se relâche peu à peu, donne issue à des écoulements glaireux, à de la sérosité louche, à du muco-pus; ce sont les « hémorroïdes blanches » de RICHET. Ces liquides irritent l'anus, les fesses, les cuisses qui deviennent le siège d'érythèmes, d'érosions. Au toucher, on reconnaît l'induration des parois rectales; on peut même observer le rétrécissement consécutif (QUÉNU).

L'avenir des hémorroïdaires n'est donc pas des plus rassurants; nous ne pensons plus comme HIPPOCRATE ou de MONTÈGRE que la maladie assure la conservation de la santé, est utile pour les mélancoliques et les aliénés, et préserve de la pleurésie et de la péripneumonie. En dehors de tout accident, les hémorroïdes constituent au moins une infirmité et nous en avons montré toutes les complications. Aussi est-il de règle aujourd'hui d'en débarrasser les malades qui le désirent ou quand on se trouve en présence d'une indication opératoire; nous pouvons dire en effet que les interventions pour hémorroïdes sont essentiellement bénignes; la plupart des chirurgiens n'ont jamais vu au cours d'une longue pratique, de complications post-opératoires. Les règles thérapeutiques doivent d'ailleurs reposer sur un diagnostic anatomique et étiologique minutieux.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel ne présente guère de difficulté, mais il faut se méfier de la tendance des malades à rapporter à de soi-disantes hémorroïdes tous les troubles qu'ils ressentent au niveau de l'anus et du rectum; on doit toujours examiner la région anale et explorer le rectum par le toucher; il faut encore demander au malade de faire effort, comme pour aller à la selle et entr'ouvrir l'anus pour apercevoir les bosselures saillantes des hémorroïdes internes. Pour cet examen le décubitus latéral est de beaucoup préférable. Enfin, mais très rarement, il sera bon d'utiliser la rectoscopie avec des valves, ou même la dilatation de l'anus sous chloroforme.

On peut confondre des hémorroïdes externes indurées, devenues fibreuses, avec des *condylomes* de l'anus; ceux-ci siègent de préférence en avant et en arrière de l'anus; ils sont uniques ou multiples, assez nettement pédiculés et font partie intégrante

de la peau, qu'on ne peut plisser à leur surface ; dans leur développement, ils augmentent progressivement de volume ; enfin ils sont parfaitement indolents et toujours irréductibles.

Un *épithélioma ano-rectal* simule parfois des tumeurs hémorroïdaires indurées et ulcérées ; ou bien il s'accompagne de bourgeons secondaires disséminés dans la peau de l'anus. La distinction avec les tumeurs variqueuses repose sur la non-limitation du cancer, les infiltrations à distance, la dureté ligneuse de la tumeur. Il faut bien savoir que les hémorragies répétées dues aux varices ano-rectales conduisent les malades à un degré d'anémie rappelant de très près la cachexie cancéreuse.

Les hémorroïdes internes simplement procidentes ne ressemblent pas au *prolapsus de la muqueuse*, pour peu que l'examen de la lésion soit fait attentivement ; le prolapsus en effet est régulièrement circulaire avec un orifice à son sommet ; il présente partout la même épaisseur ; il n'est pas constitué par des tumeurs arrondies inégalement volumineuses, séparées par des sillons.

Enfin une hémorroïde interne pédiculisée, peut être prise pour un *polype* ; elle n'en a pas il est vrai la forme régulière ; mais il faut surtout rechercher s'il n'y a pas d'autres hémorroïdes soit externes, soit internes, car il est bien rare de trouver une tumeur hémorroïdaire unique.

Le chirurgien doit en outre s'assurer que la maladie hémorroïdaire n'est pas symptomatique d'une autre affection. C'est pourquoi le rectum sera exploré dans toute son étendue ; il faudra examiner la cavité pelvienne, l'abdomen, le foie, etc. On cherchera enfin dans les antécédents du malade des renseignements sur son état général afin d'établir les relations possibles des hémorroïdes avec des attaques de goutte ou de rhumatisme chronique, ou avec la sclérose générale des veines. En un mot on s'efforcera de découvrir la cause des hémorroïdes, générale ou locale.

En dernier lieu un diagnostic anatomique exact doit être posé ; il est aisé de distinguer les hémorroïdes externes et internes ; mais il faut encore se rendre compte de l'état de la muqueuse, des érosions ou ulcérations qu'elle peut présenter ; il

faut reconnaître les fistules, les abcès, toutes les complications inflammatoires, phlébite limitée ou générale, étranglement et sphacèle, etc. La thérapeutique chirurgicale doit être basée sur ce diagnostic.

Traitement. — Le traitement des hémorroïdes peut être prophylactique, et avoir pour but de s'opposer à leur développement, que nous avons vu si commun à l'âge adulte. C'est ce que QUÉNU appelle « l'hygiène du rectum ». Elle consiste à combattre la constipation, par un régime spécial, le massage abdominal, au besoin l'usage de laxatifs, et à assurer une propreté minutieuse de l'anus par des lavages répétés, spécialement après les garde-robes ; de même il faut éviter toute irritation ou lésion de la peau et de la muqueuse de l'anus. On a conseillé de remplacer le papier de toilette trop rude, par du papier de soie, des serviettes. Le malade ne doit pas se gratter lorsqu'il a des démangeaisons, mais faire des lotions boriquées, ou même appliquer un pansement humide boriqué sur l'anus.

Le traitement palliatif s'adresse aux hémorragies et aux accidents inflammatoires. Contre les premières, on peut recourir aux irrigations très chaudes, à l'introduction de suppositoires au tanin, au sulfate de fer, à l'iodoforme ; le tamponnement du rectum, et la cautérisation à l'anse galvanique ont été employés. Les complications septiques sont avantageusement traitées par les pansements humides chauds en permanence et par les pulvérisations chaudes ; on peut encore user des applications de calomel, de glycérine iodo-iodurée, de pommade à la morphine, à l'antipyrine, etc. La procidence simple d'hémorroïdes internes doit être réduite, si faire se peut après anesthésie avec la solution de cocaïne, ou mieux avec la vaseline cocaïnée.

Ces divers moyens ne méritent guère d'être conservés que si une contre-indication s'oppose à l'intervention chirurgicale ; ils échouent le plus souvent et on ne saurait avoir grande confiance en eux, de même que dans le traitement médical par l'extrait de capsicum, l'hamamelis virginica, etc. L'opération est contre-indiquée lorsque les hémorroïdes dépendent d'une affection de voisinage, cancer du rectum, tumeur pelvienne, lésion de la

prostate ou de l'utérus, ou d'un viscère éloigné tel que le cœur, le foie ; il faut alors ou s'abstenir ou traiter la maladie causale. Et cependant des accidents menaçant la vie peuvent forcer la main au chirurgien, comme une hémorrhagie grave, une gangrène avec suppuration, ou infection générale. De même la grossesse est une contre-indication car après l'accouchement il est de règle que les hémorroïdes diminuent ou même disparaissent ; mais là encore des complications pressantes obligent à opérer comme l'a fait une fois QUÉNU. Aujourd'hui d'ailleurs on redoute moins l'influence des opérations sur l'évolution de la grossesse, et l'on peut même se demander si les douleurs intenses et constantes causées par des hémorroïdes ne détermineraient pas plus facilement l'avortement que l'opération elle-même ; et nous allons montrer qu'on peut alors choisir un des procédés les plus simples.

Ces contre-indications étant exposées, nous devons nous demander si tous les hémorroïdaires méritent d'être traités chirurgicalement. Nous ne le pensons pas, car beaucoup d'entre eux vivent fort bien avec leurs hémorroïdes ; certains pléthoriques se trouvent même soulagés par de petites saignées spontanées, au niveau de leur anus. Les véritables indications opératoires sont fournies par les accidents des hémorroïdes, et les malades ne songent vraiment à se faire soigner que le jour où un fait nouveau est apparu dans le cours de leur affection. De ces accidents, les uns sont graves et réclament l'intervention d'urgence, par exemple les hémorragies abondantes, les atroces douleurs des fissures intolérantes, les inflammations aiguës avec gangrène, les suppurations ; les autres sont assez sérieux par eux-mêmes ou par leur réapparition fréquente, pour gêner le malade, l'entraver dans ses occupations ou altérer profondément son état général. Et l'opération qu'on doit alors leur proposer, est d'ordinaire facilement acceptée par ces malades.

Les divers procédés opératoires, leur technique, leurs indications respectives, sont longuement exposés dans le traité de QUÉNU et HARTMANN, la thèse de VÉRON¹, et les Bulletins de la

¹ VÉRON. La cure sanglante des hémorroïdes. Thèse de Paris, 1899.

Société de chirurgie¹ où la question a été discutée en 1899. Nous les décrirons d'une façon succincte, en retenant surtout les modes opératoires en honneur actuellement, c'est-à-dire la dilatation de l'anus, la destruction partielle par le cautère actuel, et l'exérèse totale ou partielle au bistouri.

Nous voulons en effet laisser de côté les anciennes méthodes modificatrices et destructives, suivant lesquelles on appliquait des caustiques (pâte de Vienne, potasse, acide nitrique, acide phénique) sur les hémorroïdes, on injectait dans leur masse du sulfate de fer, du chlorure de zinc, du perchlorure de fer, de la glycérine phéniquée, etc. Le serre-nœuds de Maisonneuve, l'écraseur de Chassaignac, sont tombés dans un juste oubli aujourd'hui, et ne sauraient être utilisés contre les hémorroïdes. Le massage autrefois employé par RÉCAMIER, de nouveau mis en pratique de nos jours, n'est qu'une sorte de dilatation lente et progressive de l'anus. Enfin l'électrolyse qui a joui d'une certaine vogue, mériterait peut-être d'être conservée contre des varices anales avec altérations profondes et étendues de la muqueuse, entraînant des hémorragies profuses, si l'état général s'opposait à une intervention plus sérieuse. Étudions d'abord le traitement des hémorroïdes internes.

La dilatation forcée de l'anus, imaginée par MAISONNEUVE, préconisée par FONTAN, VERNEUIL, PANAS, a été regardée comme capable de guérir radicalement les hémorroïdes. RECLUS a montré qu'il n'en était rien, et tous les chirurgiens connaissent des exemples de récurrence, ou plutôt de continuation de l'affection hémorroïdaire après la dilatation simple ; c'est le plus gros reproche à lui adresser. Elle peut rendre cependant de grands services : d'abord c'est le premier temps de toute intervention sur les hémorroïdes ; en relâchant le sphincter elle permet la procidence spontanée des paquets variqueux internes. Elle combat avec succès les hémorragies, tous les phénomènes douloureux, c'est-à-dire d'ordre nerveux, liés à l'évolution des hémorroïdes : les douleurs de la fissure, et la contracture du sphincter ; de

¹ Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 899.

celle-ci peut résulter une vraie rétention stercorale qui s'oppose à une intervention complète.

D'autre part la dilatation nécessite l'anesthésie générale, et l'on a dit qu'il valait mieux en profiter pour curer du même coup les hémorroïdes. L'objection est juste, mais la dilatation seule n'en garde pas moins sa valeur si pour une raison ou une autre, le chirurgien préfère recourir à une intervention courte et simple (grossesse, état général précaire, développement insignifiant des hémorroïdes, etc.).

La dilatation agit comme le prouvent les expériences de QUÉNU¹ non en déchirant le sphincter, mais en diminuant sa tonicité, pour un nombre d'heures variable mais ne dépassant pas quarante-huit heures ; et cette action paraît se porter sur le centre médullaire de l'anus, par les filets sensitifs fortement impressionnés ou distendus. Disons enfin que la dilatation peut être manuelle ou instrumentale ; cette dernière à l'aide du spéculum de Trélat, est plus considérable ; la dilatation avec les deux pouces suffit parfois au début d'une opération.

La deuxième méthode, de *destruction partielle au moyen du fer rouge* est pratiquée de bien des manières. Les uns, avec TILLAUX, POZZI font l'ignipuncture ; après dilatation, le thermo-cautère porté au rouge sombre est plongé successivement dans chaque tumeur hémorroïdaire. D'autres comme BERGER emploient la méthode de RICHET et « volatilisent » les hémorroïdes avec la pince cautère écrasante, après limitation de la tumeur et traction sur elle avec un fil métallique. Ou bien on a recours à des méthodes combinées : l'écrasement avec un clamp, la ligature (ROUTIER) puis l'ablation ou l'incision au thermo-cautère. Ces derniers procédés auraient pour but d'éviter les hémorragies consécutives et secondaires. Bien des reproches ont été adressés au cautère, surtout par DELBET et POIRIER qui considéraient que l'instrument était bon lorsqu'on redoutait les hémorragies et les accidents septiques, mais ne l'est plus aujourd'hui. La cautérisation cause des douleurs parfois très vives pendant les jours qui suivent l'opération ; elle détermine des escarres

¹ QUÉNU. *Gazette médicale*, 16 janvier 1895.

avec réunion par seconde intention, de durée forcément un peu longue ; des hémorragies secondaires peuvent être observées au moment de la chute des escarres. Enfin dans le procédé de la volatilisation, la brûlure de la peau n'est pas toujours évitée, et le rétrécissement de l'anus peut en être la conséquence ; il est incontestable en effet que la destruction du revêtement cutané d'une part, la réunion par seconde intention de la plaie, d'autre part, sont les deux facteurs essentiels dans la genèse de ces rétrécissements.

Le cautère trouve son indication toutes les fois que la réunion primitive ne saurait être recherchée, par suite de l'infection de la région anale : lorsque les hémorroïdes sont gangrénées, et qu'il y a des suppurations plus ou moins étendues. QUÉNU et DELBET lui-même reconnaissent que son emploi est justifié dans de pareils cas, où l'asepsie de la plaie est impossible ; et comme il faut détruire toute la masse sphacélée, c'est à la volatilisation de RICHET, que QUÉNU donne la préférence.

Du manuel opératoire de la cautérisation, nous dirons peu de chose car il est bien connu. Pour l'ignipuncture, il faut après dilatation éteindre dans l'hémorroïde un cautère chauffé au rouge sombre, sans quoi on s'expose à l'hémorragie ; il s'agit de véritables pointes de feu interstitielles, qu'on répète autant de fois qu'il y a de paquets variqueux. La volatilisation se fait au contraire avec les pinces portées au rouge blanc ; on isole en trois ou quatre paquets les hémorroïdes, à l'aide d'un fil métallique ou même de soie qui traverse à sa base chaque paquet, puis en fait le tour ; et on « frise » avec la pince tout ce qui est au-dessus du fil, après protection des parties voisines par des compresses humides. L'essentiel est de laisser des points muqueux intacts entre les surfaces cautérisées et de ne pas intéresser du tout la peau. Cette double précaution met à l'abri du rétrécissement consécutif. BERGER considère qu'il est préférable de ne pas introduire de mèche dans le rectum après cette opération ; je recommande un gros drain entouré d'une mèche de gaze iodoformée. On applique donc un pansement humide sur l'anus. On pourrait dire que la destruction des hémorroïdes n'est pas complète ; on laisse, il est vrai, des intervalles de

muqueuse certainement altérée; en fait on enlève les plus gros paquets variqueux, et pratiquement cette ablation qui n'est pas totale, se montre suffisante.

Avant de discuter la troisième méthode, l'exérèse au bistouri, nous devons mentionner *la ligature des hémorroïdes*: c'est un procédé bien ancien, actuellement en honneur en Angleterre et en Amérique, et défendu surtout par ALLINGHAM. Lorsque la tumeur est pédiculisée, comme un polype, il suffit de tirer un peu sur elle et de nouer un fil à sa base, puis d'attendre la chute de ce fil et de la petite tumeur.

Mais ce n'est pas là la véritable méthode de la ligature, qui consiste à inciser entre peau et muqueuse au niveau de chaque tumeur, puis à décoller la face externe de celle-ci, enfin à lier au-dessus; puis on fait rentrer dans le canal anal les hémorroïdes ainsi ligaturés. QUÉNU, redoutant de laisser une plaie ouverte, a suturé muqueuse et peau en extériorisant le pédicule de l'hémorroïde. N'est-il pas encore plus simple d'en faire la section aux ciseaux ou au thermo-cautère comme LEJARS et POTHERAT? Nous avons dit que ROUTIER incisait en quatre l'hémorroïde au thermo-cautère. Bref cette méthode participe de la cure au bistouri et de ses difficultés; elle ne se comprend guère sans suture muco-cutanée ou sans excision de la tumeur. Il faut donc la réserver aux cas assez rares où une hémorroïde unique, bien pédiculisée, et facilement accessible, ne justifierait pas une opération plus sérieuse.

L'ablation du bistouri peut être partielle ou totale, et dans les ablations totales il faut faire rentrer les opérations qui conservent la muqueuse en deux ou trois points à titre de repères. Le premier procédé est celui de C. MOXON¹; après dilatation, chaque tumeur hémorroïdaire est attirée au dehors, limitée à sa base par un petit clamp et excisée; la suture, qui n'intéresse, comme la section, que la muqueuse, est faite bord à bord suivant l'axe du rectum, et non en abaissant la muqueuse vers la peau de l'anus. Cette manière de faire est extrêmement simple, sans la moindre difficulté; elle a l'avantage d'enlever les grosses

¹ Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1899.

lésions seules, et même en cas d'infection secondaire et de suppuration, elle n'expose pas au rétrécissement. On ne pourrait donc lui reprocher que de laisser des segments étendus de muqueuse assez altérée pour favoriser le développement ultérieur de nouvelles hémorroïdes.

L'ablation totale se fait suivant le procédé de WHITEHEAD, plus ou moins modifié par ses partisans DELORME, QUÉNU, RECLUS, LEJARS, DELBET, PICQUÉ, etc. L'opération comprend les temps suivants: Dilatation; incision circulaire de la muqueuse à son union avec la peau; décollement de la face externe de la muqueuse hémorroïdaire, d'avec le sphincter externe qu'il faut voir; section circulaire du manchon muqueux abaissé, au-dessus des hémorroïdes, et suture à la peau. L'opération est très élégante; si elle est bien faite, si l'asepsie est bien observée, les suites sont très simples, le résultat esthétique remarquable, la guérison rapide en dix à douze jours. Le malade doit être maintenu au lit de dix-huit à vingt jours, et surveillé, de peur qu'une selle laborieuse ne vienne désunir partiellement la cicatrice. Mais c'est une opération délicate, et qui demande de l'expérience. Un opérateur maladroit passant en dehors du sphincter, a pu couper le nerf anal, d'où paralysie et incontinence; cet accident est heureusement rare. Mais bien souvent on suit de trop près les hémorroïdes, ou bien on chemine dans les fibres du sphincter, et la dissection s'accompagne d'une hémorragie très gênante, alors qu'elle devrait être presque nulle.

La suture muco-cutanée est assez difficile à faire, la circonférence de la muqueuse étant plus grande que celle de la peau, et obligeant à faire des fronces. On a donc conseillé de prendre des repères, RECLUS dissèque la moitié antérieure du manchon, et la suture au fur et à mesure: il laisse au besoin les parties latérales intactes, et passe ensuite à la demi-circonférence postérieure. WHITEHEAD fendait en quatre segments le manchon muqueux, par des incisions longitudinales, puis excisait et suturait successivement chaque segment. LEJARS se contente d'une incision médiane antérieure. QUÉNU coupe peu à peu au delà des hémorroïdes et suture aussitôt à la peau le fragment divisé de la

muqueuse, en ayant soin de ne pas appliquer sur elle de pinces, mais en se servant des hémorroïdes même, ou des fils comme moyen de traction; la suture se trouve ainsi terminée quand le bourrelet est détaché. Pour éviter la rétraction de la muqueuse, capable de couper les fils, PICQUÉ conseille de pousser très loin dans le rectum la dissection de cette muqueuse, tout en ne réséquant que la partie variqueuse.

Enfin dans le même but, QUÉNU, avait imaginé de ne pas réséquer du tout la muqueuse, mais après dissection de la face externe des varices, de les séparer aussi sur leur face interne, de la muqueuse; celle-ci s'adapte alors naturellement à la peau de l'anus. Pour une telle opération, la condition indispensable est que la muqueuse soit saine; le fait est si rare que QUÉNU a abandonné son procédé.

Nous passons sur d'autres modifications. Mais nous devons faire remarquer que leur nombre seul prouve que l'opération de WHITEHEAD est délicate. Elle est incontestablement avantageuse, car elle fait bénéficier l'opéré de l'asepsie et de la réunion par première intention; pour atteindre ce résultat elle nécessite la préparation du malade, la désinfection exacte du rectum, la constipation pendant une dizaine de jours, et une surveillance étroite de deux à trois semaines. Faute de prendre ces précautions, on observe la désunion de la plaie, la suppuration, le rétrécissement de l'anus, des abcès locaux, l'infection générale même.

Les résultats de ces diverses opérations pour hémorroïdes internes sont tous bons, et c'est pour cela que chaque chirurgien vante les avantages de son propre procédé et s'en tient à lui.

Les suites opératoires mêmes sont simples; la rétention d'urine est fréquente, quel que soit le mode opératoire, et se voit après la simple dilatation. Les douleurs post-opératoires sont quelquefois vives, surtout après les cautérisations; on les calme en enlevant tout pansement intra-rectal, en ne laissant qu'un pansement humide ou vaseliné sur l'anus. La guérison est constante, mais doit être surveillée pour éviter le rétrécissement possible; depuis l'application régulière de l'asepsie, on n'a jamais constaté de mort après une opération.

En résumé, toute hémorroïde interne qui occasionne des accidents, douleurs, hémorragie, procidence, inflammation, doit, en dehors des exceptions signalées, être traitée chirurgicalement. L'ablation totale au bistouri est pour certains chirurgiens, le procédé de choix; si on a quelques raisons de douter de l'asepsie opératoire, l'ablation partielle de MONON est à recommander. Les hémorroïdes envahies par une phlébite aiguë avec procidence irréductible ou gangrène, sont justiciables du fer rouge. La dilatation simple s'adresse aux hémorroïdes peu développées avec accidents douloureux hémorragiques, ou avec fissure; enfin une tumeur hémorroïdaire unique et pédiculée peut être traitée par la simple ligature. C'est dire que tous les procédés sont bons quand ils sont bien appliqués; dans cette question de thérapeutique, il faut être éclectique comme QUÉNU, SCHWARTZ, BAZY, TUFFIER.

Les hémorroïdes externes réclament moins l'intervention chirurgicale, car elles sont d'habitude bien tolérées; elles peuvent devenir gênantes par leur saillie exagérée, ou s'enflammer et occasionner de vives douleurs. Dans le premier cas, on sectionne aux ciseaux l'hémorroïde à sa base, et l'on suture les deux lèvres de l'incision; on agit de même pour les marisques si le malade désire en être débarrassé. En cas de phlébite, la petite tumeur est incisée, le caillot évacué et la plaie tamponnée; QUÉNU a pu suturer de telles plaies et obtenir la réunion par première intention. Enfin l'ignipuncture est à recommander pour les bourrelets phlébitiques; ici on ne songerait pas à détruire la grosse masse des hémorroïdes à cause de la rétraction ultérieure de la cicatrice cutanée.