

cannelée lorsqu'on a affaire à une fistule borgne interne. Cette dernière opération, toujours plus délicate, exige l'emploi du spéculum et la connaissance exacte de l'orifice interne; quand le trajet est complété, on termine comme dans le procédé ordinaire. La plus grande attention sera apportée dans la direction des débridements des fistules antérieures du triangle uréthro-rectal chez l'homme, recto-vulvaire chez la femme.

Ainsi incisée, la fistule se trouve remplacée par deux plaies triangulaires qui ont pour arête commune le fond du trajet; tous les pansements ultérieurs auront pour but de les faire cicatriser isolément, de la profondeur à la superficie, afin d'empêcher le recollement des lambeaux; à cet effet de grosses mèches enduites de substances médicamenteuses sont introduites entre les lèvres de la plaie. Pendant les premiers jours on évite les garde-robes en administrant des opiacés, et le premier pansement ne doit être levé qu'au cinquième jour. La guérison définitive s'obtient rarement avant cinq ou six semaines.

Cette intervention n'est pas exempte de dangers; au nombre des accidents primitifs, mentionnons l'hémorragie parfois assez abondante pour mettre en péril la vie du malade; la ligature, la forcipressure, le perchlorure de fer devront être employés en cas de nécessité. Signalons un autre inconvénient commun, la rétention d'urine que nous verrons apparaître à la suite de toutes les opérations qui se pratiquent sur le rectum; on y remédiera par le cathétérisme. Des complications plus redoutables ont été observées à la suite de l'incision; tels sont l'érysipèle, la phlébite, la pyohémie, la septicémie et la péritonite. Enfin, comme suite éloignée de la section du sphincter, l'incontinence des matières fécales survient quelquefois. Les gaz et les matières liquides s'échappent de préférence. Il en résulte une incommodité réelle qui, au dire de GOSSELIN, s'atténuerait avec le temps.

À côté du procédé classique nous placerons un certain nombre de modifications plus ou moins heureuses. RICHET a pratiqué l'excision de la fistule et des callosités environnantes, méthode douloureuse exposant plus que d'autres aux complications. Au bistouri simple, les anciens chirurgiens avaient substitué des bistouris courbes, terminés par une pointe mousse, surmontés d'une tige flexible; le bistouri royal à gaine, imaginé pour opérer la fistule de Louis XIV, est le plus fameux des syringotomes délaissés aujourd'hui. ALLINGHAM se sert de ciseaux dont l'une des pointes munie d'un bouton glisse dans la cannelure d'une sonde.

Des perfectionnements bien autrement utiles ont été apportés au mode de diérèse dans le but d'éviter la perte de sang, de prévenir les complications septiques. Tels sont entre autres l'écraseur conseillé par CHASSAIGNAC, la ficelle cordée (CHOPART), le thermocautère porté au rouge sombre, préconisé par VERNEUIL, l'anse galvanique. Ces divers procédés offrent des avantages et des inconvénients; ils sont inférieurs à la ligature et surtout à la ligature élastique dont nous allons parler.

Ligature élastique. — Méthode très ancienne, la ligature ou apolinose se pratiquait jadis avec un fil passé dans la fistule, ramené par l'anus et serré graduellement; plus tard on se servit des serre-nœuds laissés en place. Cette

opération longue et douloureuse a été avantageusement remplacée de nos jours par la ligature élastique imaginée par GRANDISSO SYLVESTRI (1862), et vantée plus tard par LEE, DITTEL, ALLINGHAM. Au tube à drainage primitif beaucoup préfèrent les fils élastiques pleins et forts de 0^m,002 à 0^m,003 de diamètre; des instruments spéciaux permettent de conduire le fil, mais ils ne sont pas indispensables. Il est recommandé de compléter les fistules borgnes et même de sectionner au bistouri le pont cutané qui sépare l'anus de l'orifice de la fistule afin d'éviter la douleur qui accompagne la section de la peau. Pour fixer plus solidement les fils élastiques tendus, ALLINGHAM se sert de petits tubes de plomb dans lesquels on passe les fils et que l'on écrase ensuite. Ce mode de traitement exsangue n'exige aucun pansement, n'empêche pas le malade de vaquer à ses occupations. Le fil tombe vers le sixième jour et la guérison est obtenue en quinze jours environ. Les adversaires de la ligature élastique lui reprochent: 1° d'être douloureuse, lente, inefficace; 2° de ne convenir qu'aux fistules peu étendues; 3° de ne pas permettre le traitement des clapiers et des fistules rameuses. Malgré cela ce procédé jouit aujourd'hui d'une faveur légitime. TERRIER (POINGT, *Thèse de Paris*, 1882) préconise le drainage de la fistule.

2° FISTULES PELVI-RECTALES SUPÉRIEURES

Nous ne reviendrons pas sur les causes de ces fistules, dont il a été question à propos des phlegmons pelvi-rectaux. Toutes sont borgnes externes, traversent les fibres du releveur et viennent s'ouvrir inférieurement à 0^m,03 ou 0^m,04 de l'anus; elles ont un trajet rectiligne dont la longueur varie entre 0^m,07 et 0^m,15. Il faut avoir présente à l'esprit la constitution de ces fistules terminées supérieurement par une sorte de cavité ampullaire qui déverse insensiblement ses produits de sécrétion par le canal. Celui-ci ne reste pas toujours unique, peut devenir sinueux ou rameux dans la portion qui traverse la graisse du creux ischio-rectal.

Les symptômes sont encore plus obscurs que pour les fistules de l'espace pelvi-rectal inférieur; constipation fréquente suivie de diarrhées qui épuisent les malades, défécation douloureuse, tels sont les phénomènes subjectifs; parmi les symptômes objectifs plus importants, citons l'orifice assez éloigné de l'anus, la longueur du trajet bien supérieure à celle des fistules ordinaires, l'absence de communication avec le rectum, l'issue de matières puriformes et rarement de gaz lorsqu'on pratique le toucher rectal, la sensation d'un plan résistant et épais entre la sonde cannelée et le doigt explorateur. Toutes ces particularités sont caractéristiques et permettront de poser le diagnostic. Peut-être cette affection a-t-elle une tendance à la guérison spontanée moins marquée que les autres fistules inférieures; aussi est-il indiqué d'intervenir.

Or tous les moyens de traitement que nous avons exposés sont insuffisants, impraticables ou dangereux. L'incision expose aux hémorragies et à la blessure du péritoine; la ligature simple et la ligature élastique seraient préférables, mais exigeraient un temps trop long en raison de la grande épaisseur des parties à couper; l'écraseur est passible des mêmes reproches, et il faut

déjà une véritable opération pour passer la chaîne. Tous les chirurgiens donnent la préférence à la *méthode du pincement* imaginée par GERDY, vulgarisée par RICHER, POZZI. Dans le but de détruire le pont qui sépare la fistule du rectum, GERDY se servait de l'entérotome de Dupuytren et procédait comme pour la section de l'éperon dans l'anus contre-nature. Cet instrument ne pince pas également toute la hauteur de la paroi, aussi RICHER a-t-il eu l'idée de faire construire un entérotome à branches parallèles (fig. 54); la branche mâle est introduite dans la fistule débridée, l'autre dans le rectum. Après avoir articulé et suffisamment serré les branches, l'instrument est laissé en place; il tombe au bout d'un temps qui varie de six à dix jours. Les pansements ultérieurs doivent être faits comme dans la fistule simple. Afin d'éviter la douleur qui résulte du pincement de la peau, il est indiqué d'en pratiquer tout d'abord la section. Les suites de l'opération sont simples; l'incontinence des matières qui survient presque constamment disparaît au bout d'un certain temps.

3° FISTULES OSTÉOPATHIQUES

Les os qui constituent la ceinture pelvienne sont quelquefois le point de départ de suppurations qui viennent se faire jour au périnée et principalement dans le triangle postérieur; les abcès contiennent une assez grande quantité de pus et ne traduisent leur présence que par des symptômes fonctionnels obscurs; après avoir aminci la peau, la collection se vide au dehors; on a vu le rectum ulcéré ultérieurement. Au lieu de s'incliner vers le rectum les fistules conduisent au contraire vers un point du bassin. Leurs symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux des autres fistules chroniques; cependant le pus, plus abondant, contient dans quelques cas des débris osseux; une petite fille dont parle GOOCH rendit son coccyx par une fistule. Le pronostic de cette affection est lié à la lésion osseuse et leur guérison subordonnée à celle de l'os. Sur quinze observations, DENCÉ compta cinq guérisons.

Cette altération rare ne peut être reconnue que par l'exploration du trajet; le stylet rencontre le tissu osseux; en outre la pression sur les os détermine ordinairement de la douleur. De même, le traitement exige l'intervention, le curage du foyer osseux; c'est dans ce but que J.-L. PETIT, HAWKINS, VERNEUIL, etc., ont réséqué le coccyx, DUPLAY la branche ischio-pubienne.

§ 3. — Fissure à l'anus

Bibliographie. — BOYER, *J. compl. des sciences méd.*, t. II, 1818. — BÉGIN, *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1^{re} série, t. XVIII, 1826. — J. GUÉRIN, *Gaz. méd.*, 1844. — DEMARQUAY, *Arch. gén. de méd.*, 1846. — BLANDIN, *Bull. de thérap.*, t. XXXIII, p. 115, 1847. — CHASSAIGNAC, *Gaz. des Hôp.*, 1849. — GOSSELIN, *Gaz. des Hôp.*, 1860. — GAUTIER, *De la fissure des enfants*, Genève, 1863. — MABBOUX, *Union méd.*, 1876. — RICHER, *France méd.*, 1881. — DELIGNY, *Arch. gén. de méd.*, 1883, t. II, p. 54 et 175. Thèses de Paris. — 1830, VIVENT. — 1846, AUCLER. — 1851, KUENEMANN. — 1860, COPIN. — 1865, AUBRY. — 1866, LARBÉS. — 1876, DUCAMP.

Certaines gerçures verticales, allongées, situées au fond d'un pli rayonné de l'anus, remarquables par l'intensité des douleurs qu'elles provoquent, sont étudiées sous le nom de fissure à l'anus.

Entrevue par les anciens auteurs, cette affection a été bien décrite par BOYER (1818), MÉRAT; depuis cette époque, de nombreux travaux publiés sur ce sujet permettent d'en tracer l'histoire et la thérapeutique.

Divisions. — Tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont cherché à établir des distinctions entre les variétés de fissures. BLANDIN admettait des fissures *sus-sphinctériennes*, *sous-sphinctériennes* et *sphinctériennes*; seules ces dernières correspondent à la fissure vraie. CHASSAIGNAC en reconnaissait trois groupes: 1° les fissures *simples*; 2° les fissures *syphilitiques*; 3° les fissures *sphinctéralgiques*. GOSSELIN les divise en fissures *tolérantes* et *intolérantes*. Nous ne saurions adopter ces diverses dénominations qui tendent à identifier toute ulcération hémorroïdaire, syphilitique ou tuberculeuse avec la fissure vraie qui est sphinctéralgique.

Étiologie. — Cette affection présente son maximum de fréquence de vingt-cinq à quarante ans, néanmoins elle a été observée à tous les âges et GAUTHIER, AUBRY, MABBOUX, DUCLOS ont attiré l'attention sur les fissures des nouveau-nés. Bien que la plupart des auteurs soutiennent la prédisposition spéciale du sexe féminin, il nous paraît difficile d'être aussi affirmatif sur ce point. Parmi les causes prédisposantes, citons la constipation habituelle, les hémorroïdes, le rétrécissement congénital du rectum et d'une façon générale toute desquamation de l'orifice anal (eczéma, erythème, herpès, lochies, leucorrhée, diarrhée, corps étrangers); l'accouchement amènerait également la fissure anale. Il ne semble pas que les lésions syphilitiques agissent à un autre titre que les excoriations communes; la blennorrhée anale, les vieilles plaques muqueuses se transforment en fissure.

A propos de l'étiologie se pose cette question, résolue contradictoirement; la fissure précède-t-elle la contracture ou en est-elle l'effet? BOYER croyait que la contracture du sphincter ouvrait la scène, et son opinion a été partagée par DUPUYTREN, MÉRAT, VIDAL. Au contraire un grand nombre de chirurgiens, avec VELPEAU, CHASSAIGNAC, RICHER, n'admettent pas la contracture sans fissure et font intervenir l'irritation médullaire réflexe pour expliquer la lésion musculaire. Peut-être la vérité est-elle entre ces deux opinions, et BOYER n'avait pas complètement tort d'admettre des contractures avec ou sans fissure. A cette dernière conviendrait mieux le nom de névralgie anale (DELIGNY).

Anatomie pathologique. — Les notions que nous possédons sur les lésions de la fissure sont assez restreintes. Vient-on à déplisser l'anus, l'affection se présente sous la forme d'une ulcération muqueuse allongée, qui se prolonge parfois un peu au delà des limites du sphincter (MÉRAT); les bords de la solution, souples au début, deviennent plus tard indurés; quant au fond, il est rouge, finement granuleux, peu saignant. Sa longueur mesure environ 3 à 4 centimètres. Les auteurs ne sont pas d'accord sur le siège le plus fréquent; tandis que la majorité considère les parties latérales comme un lieu d'élection, RICHER croit qu'elle est plus commune en arrière. ALLINGHAM a en outre signalé la présence d'une petite végétation à la partie supérieure de la fistule.

L'aspect diffère un peu lorsqu'il s'agit d'une fissure hémorroïdaire; l'anus est saillant et les plis rayonnés sont soulevés par une boursouffure sanguine; l'ulcère violacé, saignant, ne repose pas sur un fond induré. Tantôt il n'y a qu'une fissure, tantôt plusieurs; d'après CHASSAIGNAC, la fissure sphinctérale serait toujours unique.

Symptômes. — Les symptômes de cette maladie sont au nombre de trois: l'*ulcération*, la *contracture du sphincter*, la *douleur*. Au début, le patient éprouve seulement quelques douleurs progressives, une sensation de cuisson au moment de la défécation. Peu à peu ces souffrances augmentent d'intensité, durent plus longtemps, et le malade appréhende d'aller à la garde-robe. Les matières ordinairement très dures sont striées de sang. Plus tard la névralgie précède les selles que le malade se procure au moyen de purgatifs ou de lavements. Il semble que cet acte physiologique doive être suivi d'un repos relatif. C'est ce que l'on observe en effet, mais bientôt les symptômes douloureux reparaissent et le plus petit effort, le moindre mouvement exaspèrent la souffrance. Par l'exploration de la région le chirurgien constate les trois symptômes caractéristiques.

La contraction intermittente (épreinte) devient au bout d'un certain temps spasmodique, pour aboutir à la contraction du sphincter que J. GUÉRIN appelait encore la rétraction. Le toucher rectal permet de se rendre compte de la différence des deux états; dans le dernier cas la constriction éprouvée par le doigt est permanente.

La névralgie sphinctérienne, dernier élément qui nous reste à étudier, se traduit par des symptômes locaux et généraux; elle présente une période d'acuité à chaque selle, s'atténue légèrement pour reparaitre avec une intensité croissante au bout d'une demi-heure ou d'une heure. Cette troisième période est horriblement douloureuse; les personnes comparent leur souffrance à l'impression d'un fer rouge, à un arrachement, à l'action d'un liquide corrosif. La névralgie dure de quelques minutes à plusieurs heures; la moindre secousse, l'introduction du doigt, d'un suppositoire, d'une canule à lavement, la rendent insupportable. Aussi les malades s'immobilisent-ils dans les positions les plus bizarres afin d'éviter tout ce qui peut augmenter la douleur. Outre ces douleurs locales, il y en a d'autres qui s'irradient le long des branches des plexus sacré et lombaire, du côté de la vessie, de l'utérus, des membres inférieurs. Lorsque la fissure sphinctérale dure depuis longtemps, on conçoit aisément qu'elle exerce une fâcheuse influence sur la santé générale; la constipation opiniâtre engendre toute une série de troubles gastriques; certains patients, extraordinairement nerveux, tombent parfois dans une sorte de cachexie.

On a cherché à expliquer le second accès qui survient après la période de calme et AUCLER propose l'interprétation suivante: L'irritation produite par le contact des matières fécales a pour effet une fluxion lente et graduelle qui atteint son maximum au bout d'une demi-heure ou d'une heure.

Diagnostic. — Les différents symptômes que nous venons d'exposer pourront mettre le chirurgien sur la voie; seule l'exploration directe de l'anus et du rectum permettra d'affirmer la cause et la nature du mal; il faut donc ex-

miner les plis rayonnés en engageant le patient à pousser. L'éversion, au moyen d'une vessie insufflée, proposée par CHASSAIGNAC, n'est pas pratique en raison de la contracture du sphincter.

La sphinctéralgie imprime à l'affection un cachet si particulier, qu'il nous semble bien difficile de la confondre avec l'ulcère hémorroïdal; il est vrai que la fissure peut coïncider avec des hémorroïdes, mais alors la contraction du sphincter est moindre, cède par le toucher et ne dégénère pas en contracture; en outre la douleur n'existe que pendant la défécation. Quant aux raghades, petites ulcérations fissuraires parfois liées à la syphilis et ayant le même siège, elles suppurent et saignent; leur teinte cuivrée, l'absence de douleur et de contracture les fera reconnaître.

Reste la névralgie anale encore appelée *proctalgie*, décrite par ULMANN, CAMPAIGNAC, VELPEAU, GRAY; elle ne s'accompagne d'aucune lésion, se manifeste par des accès indépendants de l'acte de la défécation; de plus la névralgie intéresse presque toujours en même temps le col vésical ou la prostate.

Traitement. — Il est palliatif ou curatif. Au premier se rapportent les fumigations, les lotions froides, les bains de siège, les sangsues, les narcotiques, les suppositoires opiacés, belladonnés, l'onguent de la Mère (CAMPAIGNAC); les lavements de ratanhia (TROUSSEAU); la pommade au nitrate d'argent (BOURGEOIS); le chloroforme, l'iodoforme, la glace prolongée (RICHER), le capsicum, le bromure de potassium. Cette seule énumération des moyens les moins mauvais, quoique bien incomplète, suffit pour montrer qu'aucun d'eux n'a de vertus constantes. Aussi ne faut-il pas s'attarder dans leur emploi et le chirurgien devra proposer de bonne heure le traitement curatif.

Traitement curatif. — Dès 1825, BOYER conseillait l'*incision du sphincter* et peu d'années après, en 1828, RÉCAMIER imagina le *massage condensé*, plus connu aujourd'hui sous le nom de dilatation forcée. Ces deux procédés sont encore les meilleurs, et avec la plupart des auteurs nous donnerons la préférence au second.

L'*incision* se pratique de deux façons différentes, à ciel ouvert comme le faisait BOYER, ou par la méthode sous-cutanée, suivant le conseil de BLANDIN, J. GUÉRIN, DEMARQUAY. BOYER incisait latéralement tout le sphincter et même ne craignait pas de répéter l'opération en deux points séparés; CHASSAIGNAC se servait de son écraseur et ne sectionnait qu'une partie du muscle. Aujourd'hui l'incision ne compte plus qu'un petit nombre de partisans; elle doit être considérée, ainsi que l'excision préconisée par JOBERT et la cautérisation (HERPIN), comme une ressource ultime dans les cas où la dilatation échoue.

La *dilatation* s'exécute de diverses façons; les uns donnent la préférence à l'opération lente et graduelle pratiquée avec les doigts introduits successivement. GUYOX commence par enfoncer un index du côté opposé à la fissure et s'en sert comme conducteur pour faire pénétrer l'autre, il dilate ensuite brusquement. D'autres font plutôt la rupture que la dilatation du sphincter, et de fait l'opération n'est complète que si le chirurgien a la sensation d'une résistance vaincue. A cet effet on se sert d'instruments dilatateurs, de spéculums, et surtout des pouces des deux mains qui dilatent l'anus en tous sens de manière à l'amener au contact des ischions. Faut-il anesthésier les malades?

GUYON, COURTY, NICAISE recommandent de ne pas recourir au chloroforme qui chez ces malades névropathes offre toujours de sérieux inconvénients. Le chloral rend alors des services.

CHAPITRE IV

HÉMORROIDES

Bibliographie. — DE LARROQUE, *Traité des hémorroïdes*, 1812. — GOSSELIN, *Leçons sur les hémorroïdes*, Paris, 1866. — VOILLEMIER, *Gaz. heb.*, 1873, p. 539. — FONTAN, *Monit. de therap.*, et *Traité méd. des hémorroïdes*, 1877. — DURET, *Arch. gén. de méd.*, 1879, t. IV, p. 643, et 1880, t. V, p. 60-191. — RICHEL, *Sem. médicale*, 1884, p. 68.

Thèses de Paris. — 1828, JOBERT. — 1834, LEPELLETIER (Cocq.). — 1870, CALMEILLE, CHEMSI, CHERIFZADÉ. — 1873, LARTISIEN. — 1874, BERGOUNNIOUX. — 1876, CHRISTOPHARL. — 1877, F. MONOD (Bibliogr.). — 1878, PAUZAT, PETIT. — 1879, JUNQUE, SÉDILLOT. — 1880, DETOURBE. — 1882-1883, LANGOT. — 1884, P. PAUZAT.

Consultez les Traités spéciaux.

Définition. — On désigne sous le nom d'hémorroïdes des dilatations d'origine veineuse développées à l'extrémité inférieure du tube digestif et susceptibles de donner naissance à un écoulement sanguin assez abondant. Elles sont *internes* ou *externes*, suivant qu'elles siègent au-dessus ou au-dessous du sphincter.

Étiologie. — Relativement à leur origine, les hémorroïdes sont *idiopatiques* ou *symptomatiques*; les premières surviendraient sans cause connue tandis que les secondes seraient la conséquence de troubles de la circulation veineuse. Cette affection rare dans l'enfance est surtout commune après trente ans; hommes et femmes y sont à peu près également sujets, bien que les auteurs expriment sur ce point des opinions contradictoires. Depuis longtemps on a remarqué la coïncidence fréquente des varices, du varicocèle et des hémorroïdes. La vie oisive, la bonne chère, les excès de tous genres ont été accusés avec raison d'engendrer cette maladie; dans certaines familles elle est considérée comme héréditaire. Enfin les hémorroïdes sont plus fréquentes dans les pays chauds, chez les individus pléthoriques.

DURET range sous trois chefs les différentes causes qui peuvent prédisposer aux hémorroïdes ou leur donner naissance. Ce sont :

1° Les *causes physiologiques*, telles que l'augmentation de la tension du sang dans la veine porte, qui peut être due à l'effort, à l'action vaso-motrice, à l'action plus énergique du cœur hypertrophié. La constipation, en provoquant des efforts de défécation, favorise beaucoup le développement des hémorroïdes.

2° Les *causes pathologiques* comprenant toutes les affections agissant mécaniquement pour amener la gêne de la circulation veineuse et la congestion pas-

sive des plexus hémorroïdaux. Elles sont très nombreuses et il n'est guère de maladies des organes de l'abdomen qui ne soit susceptible de produire ce résultat. Au premier rang plaçons les affections du foie, du rectum, des organes génito-urinaires, les tumeurs abdominales, l'hyperthrophie de la prostate, la grossesse, etc.

3° *Causes diathésiques.* — Sans que nous puissions nous rendre un compte exact du mode d'action de ces divers états morbides, il n'est pas contestable que l'herpétisme, la goutte favorisent le développement des hémorroïdes.

Pathogénie. — Malgré de longues dissertations en rapport avec les doctrines de chaque époque, malgré les recherches anatomiques, la pathogénie des hémorroïdes est encore obscure. Au siècle dernier STAHL avait imaginé la théorie de la fluxion hémorroïdaire, d'après laquelle l'altération serait due à un mouvement fluxionnaire des humeurs vers les veines ano-rectales. De nos jours les auteurs ont cherché dans l'anatomie de la région, dans la disposition des plexus veineux la raison mécanique de la stase sanguine. C'est ainsi que VERNEUIL, GOSSELIN ont fait intervenir l'absence de valvules dans les veines hémorroïdales, la déclivité du cours du sang, le passage des veinules à travers les fibres musculaires des sphincters qui les étranglent par leur contracture. En 1878, DURET, dans un travail intéressant, a repris cette question et poussé plus avant l'étude du problème. Il a reconnu que la circulation veineuse ano-rectale s'effectue au moyen de deux systèmes de veines : 1° un réseau sous-musculaire qui se jette par les plexus hémorroïdaux dans l'hypogastrique ; 2° un réseau sous-muqueux constitué par des veines qui montent verticalement sur une longueur de 0^m,10 à 0^m,12 et vont se jeter dans le système porte par l'intermédiaire de la petite mésentérique. Chacune de ces dernières se termine inférieurement au niveau des lacunes de Morgagni, par une petite ampoule d'où partent les veines communicantes qui relient les deux réseaux en passant à travers les fibres sphinctériennes. Ce sont elles qui forment l'anastomose entre le système porte et le système cave. Tout effort, toute contracture musculaire du sphincter aura pour effet une gêne circulatoire et une distension des capillaires.

A vrai dire, ce n'est là qu'une circonstance adjuvante et pour expliquer la dilatation variqueuse il faut admettre, suivant DURET : 1° une augmentation de la pression interne contre la paroi qui ne résiste pas ; 2° une modification des tuniques vasculaires ; 3° une force extérieure à la paroi agissant sur elle pour la dilater. La première condition est la plus importante, la seconde n'agit que consécutivement; enfin la troisième est mal connue, si elle existe.

Or toutes les causes que nous énumérons plus haut tendent à augmenter la pression; mais on comprend moins bien que le processus hémorroïdaire soit intermittent alors que les mêmes causes persistent. Aussi vaut-il mieux avouer notre ignorance plutôt que de revenir, comme DURET, DUPLAY, à un mouvement fluxionnaire qui n'explique rien.

Anatomie pathologique. — On ne trouverait plus aujourd'hui de partisans pour défendre l'ancienne théorie qui considérait les hémorroïdes comme des kystes sanguins dus à la rupture des veines, et pourtant telle était l'opinion de CULLEN, RÉCAMIER, DELAROCHE. Les apparences grossières pourraient expliquer