

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

HÉMORROÏDES

Bibliographie. — DE LARROQUE, *Traité des hémorroïdes*, 1812. — GOSSELIN, *Leçons sur les hémorroïdes*, Paris, 1866. — VOILLEMIER, *Gaz. hebd.*, 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, CHRISTOFARI. — 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

cette méprise ainsi que l'opinion de LAËNNEC, de BÉGLARD qui regardaient les hémorroïdes comme formées par du tissu érectile. Il n'en est pas moins établi que la varice des veines est le phénomène primordial, les altérations de la paroi surviennent ultérieurement. Comme les lésions diffèrent un peu pour les hémorroïdes internes et externes, nous les étudierons séparément.

Les *hémorroïdes externes*, solitaires ou multiples, situées au niveau de la marge de l'anus, forment des tumeurs arrondies, saillantes, de la grosseur d'une noisette, recouvertes en partie par la peau, en partie par la muqueuse. Il n'est pas rare de constater à leur base un bourrelet annulaire. On rencontre ces hémorroïdes à deux périodes ou deux états différents : 1° la tumeur turgescente, veineuse, bleuâtre est incomplètement réductible ; 2° l'hémorroïde plus ancienne se présente sous la forme d'une excroissance sèche, pédiculée, à surface chagrinée.

La coupe d'une hémorroïde offre des lésions extrêmement variables suivant la période de l'affection. Dans le principe elles sont constituées par des dilatations variqueuses ampullaires et la communication entre le diverticule vasculaire et le système veineux peut être démontrée par les injections.

Plus tard, par le fait de transformations diverses, la communication n'est plus aussi évidente et il faut admettre que le diverticule s'isole du reste du vaisseau ou bien, par son amincissement, il se produit une rupture, un extravasat. Toujours est-il que les parois et le tissu ambiant sont devenus fibreux, lardacés, épaissis. C'est à ces modifications que l'on doit attribuer également l'aspect caverneux, érectile de certaines hémorroïdes anciennes. Le contenu subit lui-même des altérations multiples ; tantôt la coupe de la petite tumeur montre un coagulum rouge, tantôt du sang liquide, enfin dans les vieux noyaux hémorroïdaires, fibreux, flasques, ridés, appelés *marisques*, il n'y a plus que du tissu fibreux et des caillots déjà canaliculés d'une façon curieuse.

De semblables altérations dans le tissu sous-cutané retentissent sur la muqueuse qui perd ses caractères, s'épaissit, s'hyperthrophie, se cutise. VERNEUIL a signalé l'existence de bourses séreuses accidentelles entre l'hémorroïde et le repli muqueux. Il est assez fréquent d'observer l'ulcération des hémorroïdes par le bol fécal durci ou même par le simple contact de deux hémorroïdes ; de là des fistules et des fissures hémorroïdaires qui sécrètent du pus. L'inflammation et la suppuration sont encore des accidents communs des hémorroïdes externes.

Les *hémorroïdes internes* se rapprochent des précédentes par plusieurs caractères ; elles sont sus-sphinctériennes, apparaissent à l'endroit où les veines hémorroïdales supérieures traversent la musculature ; parfois elles siègent jusqu'à 0^m,10 au-dessus de l'anus. Elles sont uniques ou multiples et forment un bourrelet rouge, violet foncé, composé de tumeurs saillantes dont le volume varie entre une noisette et un œuf. ALLINGHAM admet deux périodes dans leur développement : une période capillaire et une seconde artérielle. Au début il n'y aurait qu'une dilatation capillaire en forme de houppe, bosselée et framboisée, recouverte par une enveloppe très mince et facile à déchirer. Plus tard l'hémorroïde interne serait constituée par l'inosculation directe d'un grand nombre d'artères et de veines.

Symptômes. — Bien que les hémorroïdes internes et externes aient de

nombreux signes communs ; bien que ces affections coexistent fréquemment, nous les décrirons séparément.

1° Symptômes des hémorroïdes externes. — On peut à la rigueur reconnaître trois périodes dans l'évolution des hémorroïdes externes.

La *première période*, prodromique, insidieuse, est marquée par la constipation fréquente, des démangeaisons anales, la pesanteur, la sensation de plénitude dans le fondement ; d'autres fois à l'occasion d'excès, de fatigue, ces symptômes apparaissent avec une acuité plus grande ; la défécation devient plus douloureuse et la congestion s'irradie aux organes génitaux. La marche, la station debout sont pénibles ; le malade s'aperçoit, après la défécation, de l'existence de traces de sang sur les matières fécales et de la présence de petites grosseurs au pourtour de l'anus.

A ce moment la *seconde période* commence, l'hémorroïde existe. En examinant la région, le chirurgien constate entre les plis rayonnés une ou plusieurs tumeurs bleuâtres, turgides, lisses, globuleuses, cutanées et muqueuses, en partie réductibles par la pression ; elles sont douloureuses, provoquent un prurit à l'anus, du ténésme vésical, de l'insomnie, des spasmes, des élancements, des battements, de la fièvre et même un état gastrique ; mais c'est principalement pendant et après la défécation que le malade souffre le plus ; en outre l'écoulement sanguin peut être assez considérable.

Troisième période. — Au bout d'un temps qui varie entre quelques jours et une semaine, parfois moins, les symptômes fonctionnels tendent à se calmer, la tumeur turgide est remplacée par une excroissance souple, indolente, sèche. Peu à peu tout rentre dans l'ordre, *l'attaque d'hémorroïdes est terminée.* Il ne reste à sa suite qu'une de ces excroissances fibreuses connues sous le nom de marisques. Si nombre de malades n'ont qu'une attaque pendant leur existence, il en est d'autres qui sont exposés à des poussées congestives fréquentes et surtout aux complications que nous allons passer en revue.

Complications. — La résolution de la poussée congestive ne s'effectue pas toujours régulièrement ; le sang contenu dans l'ampoule est susceptible de se coaguler, de donner naissance à un kyste, de produire la rupture de la poche ou d'amener l'inflammation de la cavité hémorroïdaire ; enfin la surface de la petite tumeur devient accidentellement le siège d'une ulcération (*hémorroïde excoriée*). Les modifications du caillot dues à une légère ulcération aboutissent à la transformation fibreuse de la cavité et à son oblitération. Les kystes qui prennent naissance dans les ampoules acquièrent exceptionnellement les dimensions d'une petite pomme, comme dans un fait de CRUVEILHIER. Quant à la rupture des cavités ampullaires dans le tissu cellulaire, elle n'est pas encore bien prouvée. Dans certains cas la production ultérieure de capillaires à la surface de la tumeur a été constatée et a valu le nom d'hémorroïdes artérielles à cette variété. Une complication plus importante est assurément la suppuration qui tantôt prend naissance dans la cavité, tantôt autour d'elle ; il en résulte une forme d'abcès circonscrits fort douloureux qui s'accompagne d'une induration des tissus ambiants.

2° Hémorroïdes internes. — L'évolution de cette variété présente à consi-

dérer deux périodes distinctes, suivant qu'elles sont ou non procidentes, c'est-à-dire qu'elles sortent de l'anus pendant la défécation.

La première phase, assez insidieuse, n'est guère marquée que par une sensation de pesanteur persistante; le malade sent qu'il a un rectum; la défécation douloureuse et laborieuse par suite de la constipation constante s'accompagne dans certaines circonstances d'un écoulement sanguin dû à la rupture des hémorroïdes internes. Cet accident apparaît parfois en dehors des garde-robes et le sang peut s'accumuler dans le rectum. Comme les hémorroïdes externes, celles-ci procèdent par attaques successives qui s'échelonnent à des intervalles plus ou moins éloignés et périodiques.

ALLINGHAM, D. MOLLIÈRE décrivent diverses phases qu'ils désignent sous les noms de périodes capillaire, artérielle, veineuse. Dans la première les capillaires de la muqueuse affectent la forme de houppes framboisées très facilement saignantes, quelquefois pédiculées; ainsi s'expliquent les stries de sang que l'on constate sur les selles et les pertes plus importantes qui anémient les malades et amènent l'irrégularité des battements cardiaques. Bientôt les téguments qui recouvrent l'excroissance s'épaississent, les capillaires s'oblitérent et les veines sous-jacentes deviennent variqueuses. A cette période en succède

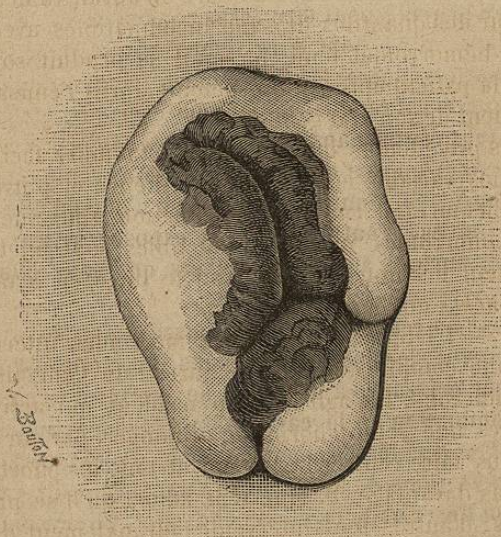


Fig. 59. — Hémorroïdes internes procidentes. D'après CURLING.

une autre dite artérielle, durant laquelle les hémorroïdes faciles à ulcérer offrent la coupe du tissu érectile. Plus tard la dilatation variqueuse et veineuse dominerait comme dans les hémorroïdes symptomatiques. Pendant cette première phase des hémorroïdes internes non procidentes, le toucher est insuffisant pour faire reconnaître l'affection; il est nécessaire de recourir au spéculum ou à l'éversion.

Lorsqu'elles ont acquis un volume suffisant pour s'opposer à l'issue du bol

fécal, les hémorroïdes sont repoussées par les matières et sortent par l'anus au moment des selles; on dit qu'elles sont *procidentes* ou qu'il existe un *prolapsus rectal hémorroïdaire*. La masse présente alors l'aspect d'une tumeur molle, lisse, ou en forme de grappe de raisin, rouge violacée. Parfois elle forme un bourrelet et s'il y a coïncidence d'hémorroïdes internes et externes, la couleur rosée du bourrelet externe permet de les reconnaître (fig. 59). La procidence ne constitue pas un accident bien sérieux tant que la tumeur reste réductible; habituellement le malade réduit lui-même la masse avec les doigts; mais le prolapsus devient déjà plus gênant chez les personnes âgées, lorsqu'il se produit sous l'influence du moindre effort en dehors de la défécation, par suite de la diminution de la tonicité du sphincter.

A part quelques douleurs cuisantes au moment des selles, un sentiment de plénitude, de pesanteur, de chaleur et un peu d'irritation vésicale, cette infirmité est compatible avec un état de santé relativement satisfaisant. Les choses se passent moins simplement si les hémorroïdes sont fluentes, si, par suite de l'écorchure due au bol fécal ou par la rupture, il se produit une hémorragie artérielle ou veineuse. Cet écoulement offre une grande variabilité d'un cas à un autre; certains malades perdent à peine quelques cuillerées de sang, d'autres plusieurs verres. Au dire des auteurs on aurait vu des hémorroïdaires rendre chaque jour des quantités de sang incompatibles avec le maintien de la santé. Le flux hémorroïdal tend, lorsqu'il se produit souvent, à épuiser l'organisme, et si le patient éprouve une détente après l'émission sanguine ce n'est qu'au détriment de son état général.

Les hémorroïdes procidentes ne rentrent pas toujours facilement; au bout d'un temps de repos variable entre une demi-heure et plusieurs heures ou encore après une hémorragie copieuse la réduction s'effectue. Ajoutons enfin que les vieilles hémorroïdes internes réductibles sont sujettes aux excoriations; elles sécrètent des mucosités tachant le linge en blanc, d'où le nom d'*hémorroïdes blanches* qui leur a été donné.

Complications. — L'irréductibilité des hémorroïdes internes procidentes constitue plutôt une complication qu'une variété de l'affection et c'est à ce titre que nous l'étudierons. Il s'agit ici d'un accident qui arrive tardivement, ordinairement après une selle laborieuse, prolongée par un faux besoin; le malade ne peut plus faire rentrer la tumeur et tous les efforts sont vains; le repos ne réussit pas davantage. D. MOLLIÈRE admet qu'il se produit alors une phlébite des veines; d'autres font intervenir l'étranglement de la masse herniée par le sphincter anal, le mécanisme de l'étranglement serait analogue à celui du paraphimosis. Peu à peu les douleurs deviennent excessives, excruciantes; les patients éprouvent une sensation de brûlure, de déchirure, que le moindre frottement exaspère et que rien ne soulage. Ils ont constamment un faux besoin de défécation sans aucun résultat. L'état général ne reste pas longtemps indifférent et l'on observe de l'embarras gastrique, la tension du ventre, rarement de la fièvre. La région anale est occupée par une grosse tumeur qui dépasse parfois le volume du poing, rouge violacée, à large base, çà et là recouverte au bout de peu de temps de plaques de sphacèle.

L'irréductibilité se termine de diverses façons :