

quand la plaie est suturée, la partie inférieure du rectum et l'anus sont efficacement rétrécis. J'ai moi-même employé cette méthode avec succès.

Dans un cas où la partie antérieure du périnée semblait plus particulièrement affaiblie, Schwartz (1) a fait la même opération en avant, recto-périnéorrhaphie antérieure. Duret a fait simultanément la recto-périnéorrhaphie antérieure et la postérieure (2).

Toutes ces opérations sont capables de rendre des services lorsque le sphincter est insuffisant.

2° *Rétrécissement artificiel du rectum.* — Si l'on se rappelle ce que j'ai dit au chapitre pathogénique, on comprendra le but qu'on se propose en rétrécissant le rectum. On réalise par le bistouri ce que Bryant cherchait à obtenir avec les raies de feu. Hey et Curling enlèvent des lambeaux de muqueuse de forme ovale à grand axe vertical. Lorsque les plaies ainsi formées sont réunies, le rectum est rétréci dans une proportion correspondante à la largeur des lambeaux enlevés. Heen a conseillé d'enlever un lambeau annulaire, ce qui a pour résultat plutôt de raccourcir le rectum que de le rétrécir.

Lange (3) a proposé une opération toute différente, la *rectorrhaphie transversale*, qui consiste à plisser le rectum longitudinalement. On obtient ainsi un double but: le rectum est rétréci, et en outre le pli longitudinal constitue une sorte de colonne d'appui qui l'empêche de se retourner. Voici comment il exécute l'opération. Incision sur le raphé périnéal commençant près et en arrière de l'anus pour remonter jusqu'au-dessus du coccyx, sans intéresser le sphincter. Le coccyx est dénudé et réséqué. Par une dissection rapide, on arrive sur la face postérieure du rectum. On fait alors une série de sutures transversales, qui déterminent la formation d'un pli longitudinal saillant dans l'intestin. Chacun de ces points doit prendre toute l'épaisseur de la musculature, mais sans pénétrer dans la muqueuse. S'ils traversaient cette dernière, s'ils étaient perforants, les microbes intestinaux pourraient pénétrer dans le tissu cellulaire et déterminer des accidents septiques.

Roberts (4) a décrit, sous le nom de *prostatectomie postérieure*, une opération qui a également pour but de rétrécir le rectum. Elle consiste, après dénudation de la face postérieure, à exciser un lambeau triangulaire comprenant toute l'épaisseur de cette face du rectum. La plaie ainsi formée est suturée transversalement. L'opération de Roberts, comparée à celle de Lange, ne me paraît avoir que des inconvénients. Elle ne rétrécit pas le rectum davantage, et elle sup-

(1) Ed. SCHWARTZ, *Congrès franç. de chir.*

(2) Voyez MASSON, Thèse de Paris, juillet 1894.

(3) LANGE, *New York med. Journ.*, 19 février 1887.

(4) ROBERTS, *Annals of Surgery*, 1890.

prime le pli qui me paraît capable de jouer un rôle actif d'une colonne de renforcement.

3° *Fixation artificielle du rectum.* — Cet autre groupe comprend trois opérations: la *rectopexie inférieure* de Verneuil, la *rectococcy-pexie* de G. Marchant et la *colopexotomie* de Jeannel.

L'opération de Verneuil, la *rectopexie inférieure*, se rapproche par certains côtés de la recto-périnéorrhaphie postérieure.

Le premier temps consiste à exciser un lambeau triangulaire à base anale, à sommet coccygien, comprenant toute l'épaisseur du sphincter. On passe ensuite, comme dans la périnéorrhaphie, quatre grands fils profonds, mais ces fils prennent dans leur anse une large étendue de la face postérieure du rectum, sans aller jusqu'à la muqueuse. Le fil supérieur sort à la hauteur de l'articulation sacro-coccygienne, à quatre centimètres de la ligne médiane. Les autres s'étagent au-dessous de lui. Lorsque les fils sont serrés, non seulement la plaie est réunie, mais la partie inférieure du rectum est collée contre le coccyx et le raphé ano-coccygien.

La *recto-coccy-pexie* de Gérard Marchant est une opération complexe, qui se compose d'une rectorrhaphie verticale et d'une pexie. La face postérieure du rectum étant mise à nu, l'auteur place des points de suture verticaux en séries horizontales. Chaque série de fils a pour résultat de déterminer la formation d'un pli à direction transversale. Ce plissement transversal diminue non pas la largeur, mais la longueur de la face postérieure du rectum. Cela fait, Gérard Marchant passe des fils de catgut qui réunissent la plicature inférieure du rectum aux tissus fibreux præcoccygiens, puis il termine en plaçant de grands fils en anse comme dans la rectopexie de Verneuil.

La *colopexotomie* de Maurice Jeannel est toute différente. Ce n'est plus sur le rectum qu'agit ce chirurgien, mais sur le colon. Il le suture à la paroi abdominale antérieure, de façon à suspendre en quelque sorte toute la partie inférieure de l'intestin à ce point de fixation, et il le suture en faisant un anus contre nature. L'incision est celle de l'anse iliaque. Le péritoine ouvert, on va saisir l'S iliaque et on l'attire en haut jusqu'à la réduction complète du prolapsus. C'est sur la portion qui correspond à l'incision abdominale lorsque la réduction est complète, qu'on fait l'anus contre nature, de telle façon que le segment inférieur de l'intestin forme une corde tendue depuis l'anus artificiel jusqu'à l'anus normal. Ultérieurement on ferme l'anus artificiel.

Verneuil a substitué à la colopexotomie la colopexie simple, c'est-à-dire qu'il a fixé le colon sans faire d'anus contre nature. Mais le résultat a été médiocre.

4° *Exérèse.* — L'idée d'extirper la partie prolapsée est ancienne. Marc-Aurèle-Séverin, Kluyskens, Burggræve faisaient la destruction

au fer rouge. Je ne parlerai ni de ce procédé, ni de l'emploi des caustiques, ni de la destruction avec l'écraseur de Chassaingnac, ce sont là des manières de faire justement abandonnées.

La *ligature* d'Allingham se pratique de la manière suivante. On introduit dans l'intestin une grosse canule à parois rigides, et avec un fort fil de soie, ou mieux un fil élastique, on lie solidement le prolapsus sur la canule. Cette dernière assure l'évacuation des gaz et des matières, tandis que le pédicule étant étreint entre elle et le fil, la tumeur se sphacèle et tombe. Ce procédé présente un grand danger. S'il existe une hémorroïde, les anses intestinales qui y sont contenues se trouvent prises dans la ligature, ce qui entraîne des accidents d'occlusion intestinale. En outre, l'extrémité supérieure de la canule introduite dans le rectum peut déterminer des ulcérations. Mikulicz a perdu un enfant de six mois d'une gastro-entérite consécutive à ces ulcérations. Weinlechner a vu un malade succomber à une diarrhée incoercible qui avait peut-être la même cause.

Kleberg (d'Odessa) a imaginé un procédé qui met à l'abri et du pincement de l'intestin en cas d'hémorroïde et de l'ulcération rectale. Il incise la partie antérieure de la tumeur jusqu'au cul-de-sac péritonéal, réduit les anses intestinales s'il en contient, puis il perfore la partie postérieure avec un trocart, passe deux fils et lie séparément chacune des deux moitiés du prolapsus.

L'extirpation au bistouri, qui était pratiquée de temps à autre depuis le commencement de ce siècle, n'était cependant pas entrée dans la pratique. Grâce aux perfectionnements de la chirurgie moderne, elle jouit d'une grande faveur surtout depuis que Mikulicz en a bien réglé la technique. Ce chirurgien incise horizontalement la moitié antérieure du cylindre externe. Le diverticule péritonéal étant ouvert, il réduit l'hémorroïde s'il y en a une, puis suture la séreuse du cylindre externe à celle du cylindre interne. Cette suture faite, il sectionne la moitié antérieure du cylindre interne, et suture cette section à celle du cylindre externe. Il sectionne ensuite, et suture la moitié postérieure du prolapsus. J'ai moi-même exécuté deux fois cette opération.

Trélat et Segond ont apporté une modification qui consiste à diviser le prolapsus en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure. Pour cela on place de chaque côté, suivant l'axe de l'intestin prolapsé, deux pinces à longs mors, dont une branche est à l'intérieur du prolapsus, l'autre restant à l'extérieur. De chaque côté entre les deux pinces, on sectionne longitudinalement la tumeur qui se trouve ainsi divisée en deux valves. On place alors transversalement une pince à la base de la valve antérieure, et retirant peu à peu cette pince on sectionne et on suture à mesure les deux cylindres antérieurs. Puis on procède de même pour la valve postérieure. L'inconvénient de ce procédé c'est qu'il ne tient pas compte de la possibilité de l'hémorroïde.

En plaçant le clamp transversal sur la moitié antérieure, on s'expose à pincer une anse intestinale. Je ne trouve pas d'autre part que ce procédé présente le moindre avantage sur celui de Mikulicz.

Nélaton a fait une exérèse bien plus considérable. Par une laparotomie, il a d'abord sectionné le méso de l'anse sigmoïdienne. Puis, ayant refermé le ventre, il a extirpé par l'anus toute la partie d'intestin qu'il a pu faire descendre, c'est-à-dire 26 centimètres. Le malade a succombé.

On voit que les méthodes et les procédés sont nombreux. Malheureusement, il n'y en a pas qui mette d'une façon certaine à l'abri de la récurrence. Il en est de cette sorte, comme de toutes les autres. La cause primordiale est une certaine laxité des tissus à laquelle on ne peut pas toujours remédier d'une manière pleinement efficace, quelque artifice que l'on emploie.

Il faut faire une exception pour le prolapsus muqueux qui tend naturellement à guérir par le seul fait du développement. Aussi est-il indiqué, pour ces cas-là, de se borner, comme je l'ai déjà dit, aux moyens simples. Si le prolapsus persiste ou tend à s'aggraver, on peut soit recourir aux raies de feu, soit faire l'ablation de la muqueuse.

Dans les prolapsus complets et les invaginations procidentes, il faut des moyens plus énergiques. Mais lequel choisir, de tous ceux qui sont à notre disposition ?

Il est des cas, il me semble, où l'exérèse s'impose : ce sont ceux où le prolapsus est devenu irréductible par épaissement et adhérence. Je pense que c'est encore la meilleure opération lorsqu'il existe des altérations graves de la muqueuse. C'est pour permettre à ces altérations de guérir, que Jeannel a fait la colopexotomie. Mais ne vaut-il pas mieux faire l'exérèse, et éviter au malade l'horrible infirmité qu'est un anus contre nature, même temporaire.

Quand il s'agit d'une invagination procidente, si le collier est haut situé, les périnéorrhaphies ne peuvent pas suffire, ni les pexies inférieures non plus, car ces dernières opérations n'agissent que sur la partie basse du rectum, qui dans ces cas n'est pas déplacée. On ne peut donc hésiter qu'entre l'exérèse et la colopexie. Il est impossible, à l'heure actuelle, de se prononcer sur la valeur comparée de ces deux opérations. Toutefois, j'ai tendance à préférer l'exérèse.

Dans les prolapsus complets, lorsque le volume de la tumeur est peu considérable, il me semble que les procédés de rétrécissement et de fixation sont les meilleurs. Si l'anus est manifestement insuffisant, il faut faire une périnéorrhaphie. Si le sphincter est bon, c'est surtout le rétrécissement du rectum et sa fixation qui s'imposent. Je crois qu'en général il faut faire simultanément les trois opérations : périnéorrhaphie, rétrécissement à la manière de Lang, ou raccourcissement à la manière de G. Marchant, et fixation au coccyx. Il est très simple d'associer ces manœuvres qui se font toutes par la même plaie.

Lorsque le prolapsus est très volumineux, il vaut mieux, à mon avis, l'extirper; mais pour bien mettre en garde contre la récurrence, il est bon, comme je l'ai fait, de terminer l'exérèse par une péri-néorrhaphie et une rectopexie simultanées.

HÉMORROIDES.

Depuis Hippocrate, les hémorroïdes ont donné lieu à d'innombrables travaux. Jusqu'au commencement de ce siècle, tout le monde les avait considérées comme des dilatations veineuses. C'est alors que de Larroque et Récamier voulurent en faire des kystes sanguins. Il est inutile de s'attarder aux discussions qu'a engendrées cette théorie singulière dont on a fait justice. Il est démontré aujourd'hui que les hémorroïdes sont des varices ano-rectales.

Anatomie pathologique. — Les hémorroïdes sont depuis longtemps divisées en deux groupes d'après leur topographie : les hémorroïdes externes, et les hémorroïdes internes. Bien que ces deux variétés soient fréquemment associées, elles ne le sont pas toujours, et la division mérite d'être conservée, surtout au point de vue clinique.

Les hémorroïdes externes sont les varices des veines hémorroïdales inférieures. Elles sont situées au-dessous du sphincter, ou du moins dans la partie inférieure du canal anal, et par conséquent toujours apparentes à l'extérieur, d'où leur nom.

Les hémorroïdes internes siègent, comme l'a très nettement montré Quénu par ses intéressantes recherches, sur les ramuscules d'origine des veines hémorroïdales supérieures. Elles se développent dans les colonnes de Morgagni, par conséquent au-dessus du sphincter. Elles sont donc situées dans le rectum, d'où leur nom d'internes.

D'après Quénu, le début se fait le plus souvent par les ramuscules des veines hémorroïdales supérieures qui s'anatomisent avec les hémorroïdales inférieures, puis la lésion s'étend vers le bas jusqu'aux ramuscules des hémorroïdales inférieures. Les hémorroïdes externes et les internes sont donc fréquemment associées; mais cette association n'a rien de fatal.

Dans les premières phases, il existe tout simplement sur les veines de petites dilatations en ampoules. Ces ampoules sont si fréquentes au niveau des colonnes de Morgagni, que Duret les avait considérées comme normales. Quénu a très nettement montré qu'elles constituent déjà une altération pathologique, ce sont des « *hémorroïdes en miniature* ». Elles siègent dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Mais parfois, dit Quénu, les altérations ne se limitent pas au tissu de la sous-muqueuse, elles s'étendent aux veines sous-cutanées. Plus souvent, peut-être, l'altération s'étend aux veines de la muqueuse elle-même, qui s'ectasient légèrement et deviennent visibles par transparence.

C'est dans le tissu cellulaire que l'ectasie atteint son plus haut degré et elle n'est jamais bien considérable. Dans les hémorroïdes externes, les ampoules veineuses mesurent de 7 à 8 millimètres de diamètre; dans les hémorroïdes internes, elles ne dépassent jamais 2 à 3 millimètres. Mais les dilatations ampullaires deviennent fusiformes, irrégulières, elles se multiplient, se juxtaposent par les flexuosités et les coudures des veines qui les portent. C'est cette réunion qui constitue la tumeur hémorroïdaire. Une hémorroïde, dans le sens clinique du mot, n'est donc jamais constituée par une ampoule unique et volumineuse. Elle est toujours due au groupement d'un certain nombre de dilatations et de flexuosités appendues à un ou deux troncs veineux.

Les hémorroïdes externes forment des tumeurs sessiles. Tantôt elles sont tout entières recouvertes de muqueuse : on les dit *muqueuses*. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, leur face interne est recouverte de muqueuse et leur face externe de peau; elles sont à cheval sur les deux revêtements : on les dit *cutanéomuqueuses*. Enfin elles sont quelquefois plus en dehors et tout entières recouvertes de peau : on les dit *cutanées*. Cette distinction n'a pas grande importance. Verneuil a décrit autour des hémorroïdes des bourses séreuses qu'on n'observe guère.

Parfois, il n'y a qu'une seule hémorroïde externe. Très souvent, il en existe plusieurs et l'anus peut en être complètement entouré. Lorsque la couronne est complète, elle est le plus souvent formée de quatre paquets, deux à droite, deux à gauche, et les sillons, l'un antéro-postérieur, et l'autre transversal, qui les séparent, sont en forme de croix.

Il faut noter que les tumeurs hémorroïdaires externes sont latérales; elles ne sont jamais ni franchement antérieures, ni franchement postérieures.

Les hémorroïdes internes sont habituellement multiples. En raison de la laxité de la muqueuse, elles tendent à se pédiculiser dans l'intérieur du rectum. Pour peu qu'elles soient volumineuses, elles acquièrent, grâce à cette pédiculisation, une certaine mobilité. Aussi peuvent-elles, sous l'influence des efforts de défécation, être chassées au travers de l'anus. C'est là ce qui constitue le phénomène de la procidence.

Les altérations histologiques ont été bien étudiées par Quénu. Ce sont celles qu'on trouve dans toutes les varices. Tantôt la paroi veineuse est épaissie, tantôt elle est amincie.

L'épaississement ne porte pas toujours sur les mêmes éléments ni sur la même tunique. Quelquefois, mais c'est l'exception, il existe une véritable hyperplasie musculaire. Bien plus souvent, l'élément contractile disparaît et est remplacé par un tissu conjonctif lâche, une sorte de tissu muqueux. La plupart du temps, c'est la tunique

interne qui est altérée et l'épaississement est dû à un bourgeonnement de l'endoveine qui prend le caractère d'un tissu embryonnaire.

Quand la dilatation veineuse est considérable, la paroi du vaisseau est plutôt amincie qu'épaissie. Dans bien des cas, elle est réduite à une mince lamelle fibreuse, qui tantôt est distincte du tissu environnant, tantôt absolument confondue avec lui. Dans ce dernier cas, la tumeur hémorroïdaire prend l'aspect d'un tissu caverneux. Il arrive aussi, lorsque les vaisseaux amincis viennent au contact, que la paroi se résorbe en certains points. Ainsi des veines voisines entrent en communication les unes avec les autres; les cavités vasculaires deviennent alors tout à fait irrégulières et l'aspect caverneux est encore plus accentué. Ce sont certainement ces modifications secondaires qui ont fait considérer les hémorroïdes comme des kystes hématiques.

Sous l'influence de l'inflammation, les vaisseaux peuvent se thromboser. Puis, là comme ailleurs, le caillot est envahi par les végétations de l'endoveine, et le vaisseau oblitéré se transforme en tissu fibreux. Les hémorroïdes qui ont subi cette transformation ne sont plus qu'une masse fibreuse, ce sont des *marisques*.

La muqueuse qui revêt les hémorroïdes présente des lésions d'inflammation chronique. Les capillaires sont dilatés et épaissis. Autour d'eux, il existe une infiltration embryonnaire. Les fibres musculaires de la muqueuse sont atrophiées. Dans les cas anciens, la limite entre la muqueuse et la sous-muqueuse cesse d'être distincte et les deux tuniques se confondent. Les glandes ne présentent que peu ou pas d'altérations.

Les artères sont normales. Quénu insiste très justement sur ce point. « Dans toute hémorroïde, les capillaires, les veinules et les veines sont intéressés; les artères sont hors de cause. » Quoi qu'en dise Allingham, il n'y a pas d'hémorroïdes artérielles.

Étiologie. — Les hémorroïdes sont d'une extrême fréquence. Il y a cependant quelque exagération à dire qu'on ne dépasse guère l'âge moyen de la vie sans en avoir souffert. C'est surtout entre trenté et quarante ans qu'on les observe, mais elles peuvent se développer à tous les âges. On en a vu chez des enfants et même chez des nouveau-nés. On peut se demander, il est vrai, si des angiomes n'ont pas été pris pour des hémorroïdes congénitales.

Les statistiques diffèrent étrangement sur la fréquence relative de la maladie chez les hommes et chez les femmes. Il est certain que nous opérons beaucoup plus d'hommes que de femmes. Mais si l'on songe à ce que l'on constate dans les examens gynécologiques, si l'on songe que d'après Budin un tiers des femmes enceintes ont des hémorroïdes, on est bien forcé de reconnaître que l'affection est au moins aussi fréquente chez les femmes que chez les hommes. Si on en opère moins, c'est, ou bien que les femmes menant une vie moins

active supportent mieux leur infirmité, ou bien que les accidents des hémorroïdes qui seuls conduisent les malades à réclamer une opération, sont moins fréquents chez elles. S'il est vrai que ces accidents sont de nature inflammatoire, on pourrait expliquer leur rareté relative chez les femmes par ce fait qu'elles prennent peut-être plus de soin de leur personne.

On affirme que les climats chauds et humides prédisposent aux hémorroïdes. On incrimine la goutte, le rhumatisme, la diathèse arthritique sous toutes ses formes; mais il est bien difficile d'établir leur rôle.

Les gros mangeurs à habitudes sédentaires sont plus souvent atteints. On a cherché à expliquer ce fait par la résorption de toxines alimentaires qui, en pénétrant dans le sang, irriteraient la paroi veineuse. Mais cela n'explique pas l'action élective sur le rectum. Ne faut-il pas plutôt accuser les selles plus abondantes et plus fréquentes.

Le régime des selles a en effet une action incontestable. Les hémorroïdaires sont très souvent des constipés habituels. La constipation agit en gênant la circulation veineuse et en amenant des excoriations de la muqueuse par où l'infection peut se faire. On comprend que les mêmes effets, troubles circulatoires, irritation locale, peuvent être engendrés par des conditions tout opposées, et il n'y a pas lieu de s'étonner si la diarrhée, l'abus des purgatifs sont également incriminés comme cause d'hémorroïdes.

L'équitation a été aussi accusée de les produire. Je suis plutôt tenté de croire avec Larrey, avec Bodenhamer, que l'exercice du cheval a une action salutaire, et j'en dirai autant de la bicyclette.

Dans certains cas, les hémorroïdes sont ou paraissent engendrées par d'autres affections; on les dit alors *symptomatiques*. Toutes les affections du rectum, rectites, rétrécissements, polypes, peuvent se compliquer d'hémorroïdes. Elles sont fréquentes aussi dans les cas de cancer, et c'est là une cause d'erreur de diagnostic. Faute de faire le toucher rectal, on attribue tous les symptômes aux hémorroïdes externes et on laisse le cancer devenir inopérable.

Les affections vésico-urétrales, les calculs, les rétrécissements, l'hypertrophie de la prostate, s'accompagnent souvent d'hémorroïdes. Y a-t-il simple coïncidence ou relation de cause à effet? On admet généralement, sans le démontrer d'ailleurs, que ce sont les affections de la vessie, de l'urètre, de la prostate, qui engendrent les hémorroïdes. Quénu se demande si, au contraire, les hémorroïdes ne sont pas la cause de certaines inflammations chroniques de la prostate et de l'urètre. La propagation se ferait par les anastomoses veineuses.

Les tumeurs utérines ou annexielles à développement pelvien s'accompagnent souvent d'hémorroïdes, et j'ai déjà dit combien celles-ci sont fréquentes pendant la grossesse.

Quant aux lésions des organes plus éloignés, leur action est plus contestable. J.-L. Petit faisait jouer un grand rôle aux maladies du foie. Actuellement, les assertions des médecins sont sur ce point si contradictoires, qu'on est bien forcé de se demander si les affections hépatiques et même la cirrhose atrophique ont une relation quelconque avec les hémorroïdes.

Il est possible que les affections du cœur et celles du poumon, l'emphysème en particulier, déterminent des dilatations des veines ano-rectales. Mais vraiment les hémorroïdes de cette sorte n'ont aucun intérêt pour le chirurgien.

Pathogénie. — Trois théories sont en présence pour expliquer la formation des hémorroïdes : la théorie mécanique, la théorie vitaliste ou congestive, la théorie inflammatoire.

La première attribue tout à des conditions de mécanique grossière, et cela seul doit la rendre suspecte, car la mécanique ainsi comprise ne joue pas un si grand rôle en biologie. Elle fait remarquer que les veines rectales manquent de valvules, que ces veines passent au travers des couches musculaires de l'intestin, dont les fibres peuvent en se contractant les étrangler ; que dans la station debout comme dans la station assise, le rectum est déclive et que le sang a à lutter contre la pesanteur. Tous ces arguments sont sans valeur. Les boutonnières musculaires, l'absence de valvules ne sont pas des dispositions spéciales du rectum, elles existent dans tout l'intestin. La situation est à peu près aussi déclive pour la partie moyenne du rectum que pour la partie inférieure ; comment se fait-il alors que les hémorroïdes soient si constamment limitées aux points que j'ai dit ?

Pour rajeunir la théorie mécanique, il fallait donc trouver une cause locale. C'est ce que Duret a cru faire. Il a soutenu que la circulation rectale et la circulation anale, la circulation porte et la circulation cave, étaient en partie indépendantes, que les anastomoses entre les deux systèmes ne se faisaient que par des canaux de dérivation traversant le sphincter. En raison de cette disposition, le sang qui reflue de haut en bas dans le système porte pendant les efforts, ne peut s'échapper dans le système cave, les anastomoses étant étranglées par le muscle, et la pression s'élève d'une manière anormale dans les veines rectales. Quand bien même les constatations anatomiques de Duret seraient exactes, sa théorie ne vaudrait rien, car elle n'explique nullement les hémorroïdes externes, qui sont cependant fréquentes. Mais il est inutile de discuter cette théorie, puisque sa base est vicieuse. Quénu a en effet démontré que « les origines hémorroïdales de la veine porte sont en communication large avec le système veineux général ».

La théorie vitaliste, ou théorie de Stahl, encore qu'elle règne depuis près de deux siècles, est si vague qu'elle me paraît ne rien expliquer du tout. Dans certaines conditions, il y a trop de sang dans les vais-

seaux. Cet état, c'est la pléthore. Alors le sang en excès reflue dans les veines ano-rectales et les dilate. Et l'on fait remarquer l'action des excès de table, de l'abus des alcools, des excès de coït. Ce raisonnement est très spécieux. Les phénomènes congestifs qui se passent du côté des hémorroïdes sont incontestables. Mais au lieu de les expliquer, on s'en sert justement pour étayer la théorie. Par ce singulier artifice, ce qu'il faudrait expliquer est transformé en argument : la difficulté devient une aide. Admettons qu'il y ait une réalité cachée sous ces mots, je demanderais encore pourquoi ces phénomènes congestifs se produisent précisément dans une région limitée, dans la zone ano-rectale, et je cherche en vain dans la théorie de Stahl une réponse à cette question, qui est cependant la première à résoudre. En somme, les phénomènes congestifs existent incontestablement, mais la théorie vitaliste, au lieu de les expliquer, se borne à les constater, car sous ces mots, dont le mirage peut faire illusion, il n'y a vraiment aucune explication.

La théorie inflammatoire, exposée par Quénu, me semble bien plus satisfaisante. Pour les hémorroïdes, comme pour toute espèce de varices, l'altération de la paroi veineuse est la première en date : la dilatation n'est que secondaire. Celle-ci, la dilatation, est bien produite par des causes mécaniques, c'est-à-dire par l'excès de pression, mais ces causes ne deviennent efficaces que si la paroi veineuse est altérée. L'altération des veines, voilà donc ce qu'il faut expliquer. Quénu admet qu'elle puisse être « une manifestation d'une phlébo-sclérose diffuse au même titre que les autres varices » ; mais il pense qu'elle est dans la majorité des cas le résultat d'une infection locale se faisant par les éraillures de la muqueuse.

Je ne vais pas tout à fait aussi loin que lui. Le rôle de l'infection locale étant nul dans les varices des jambes, il me semble bien difficile d'admettre qu'il puisse être exclusif dans les varices rectales. Je crois donc que les hémorroïdes sont engendrées par la phlébo-sclérose, mais ce sont des hémorroïdes en puissance, pour lesquelles les malades ne nous consultent guère. Les phénomènes pour lesquels nous sommes appelés sont des accidents inflammatoires. Les hémorroïdes douloureuses, turgescents, congestionnés, sont en réalité des hémorroïdes infectées. Hartmann et Lieffring (1) y ont constaté la présence du *bacterium coli* ; Quénu, celle du streptocoque. La fameuse congestion des vitalistes n'est qu'une conséquence de l'inflammation.

L'enchaînement des phénomènes me paraît donc être le suivant : phlébo-sclérose au début, dilatation mécanique ensuite, infection enfin.

Symptômes. — Dans leurs deux premières phases, celles de phlébo-

(1) HARTMANN et LIEFFRING, *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 69 et 161.