

sclérose et de dilatation mécanique, les hémorroïdes ne donnent lieu qu'à des symptômes insignifiants ou nuls. Une vague pesanteur, la persistance de la sensation du besoin après l'évacuation des matières, des démangeaisons, et c'est tout. Il faut dire cependant que ces démangeaisons sont parfois extrêmement pénibles.

Les hémorroïdes externes, en dehors de toute complication, sont de petites saillies situées sur le bord même de l'orifice anal. Elles sont recouvertes soit de peau, soit de muqueuse, soit et plus souvent de muqueuse en dedans et de peau en dehors. Les téguments qui les recouvrent, peau ou muqueuse, ont leur couleur normale. La tumeur est indolente, souple, molle; elle est dépressible, c'est-à-dire que sous l'influence de la pression qui chasse le sang qu'elle contient, elle diminue légèrement de volume. Par contre, elle tend à augmenter lorsque le malade fait des efforts. Quelquefois, ces hémorroïdes s'exulcèrent par frottement, et leur surface suinte un peu.

Lors de la crise, de la fluxion hémorroïdaire, comme on disait, la scène change: de faux besoins paraissent, des épreintes, des battements, et bientôt une douleur vive, très vive même, que les moindres mouvements et surtout les efforts augmentent. La défécation devient particulièrement pénible, et souvent ce cortège douloureux s'accompagne d'une réaction générale: un peu de malaise avec une légère ascension de température.

Les hémorroïdes sont alors devenues plus volumineuses, elles atteignent les dimensions d'une grosse noisette, d'une petite noix. Leur couleur a changé, elles sont violacées, livides; leur consistance également, elles sont devenues fermes, résistantes. La peau ou la muqueuse, tendue à leur surface, semble sur le point de se déchirer. Elles ne se laissent plus réduire par la pression, qui est d'ailleurs extrêmement douloureuse.

Tous ces phénomènes sont des accidents inflammatoires. La fluxion hémorroïdaire n'est qu'une phlébite hémorroïdaire.

La crise se termine au bout d'une huitaine de jours, en général par résolution. Dans bien des cas, elle n'est qu'estompée. Elle avorte, pour ainsi dire, mais dans certains cas, elle est par contre plus intense. L'hémorroïde se rompt et laisse échapper un caillot noirâtre. Quelquefois, ce caillot est baigné de pus. L'inflammation a été suppurative, il s'est produit un abcès hémorroïdaire. On peut alors voir paraître des accidents infectieux graves, mais ils sont, il faut bien le dire, tout à fait exceptionnels.

Quand l'inflammation a été vive, les veines s'oblitérent, l'hémorroïde se transforme en une masse fibreuse, elle devient une *marisque*. Les inflammations légères n'ont pas ce résultat, et les crises peuvent se renouveler un grand nombre de fois.

Les hémorroïdes internes ont une longue période latente, pendant laquelle elles ne se manifestent que par un peu de gêne et une vague

sensation de pesanteur. Le premier symptôme sérieux est en général l'hémorragie. Ce symptôme a assez d'importance pour avoir donné son nom à la maladie.

Le plus souvent, l'écoulement du sang se produit au moment de la défécation. Si le malade va à la selle sur un vase, on peut constater que les parois en sont tigrées, suivant l'expression de Richet. L'écoulement se fait donc sous forme de jet. Le sang est le plus souvent rutilant. Tout cela tient à l'abondance de la circulation rectale et ne prouve nullement que l'hémorragie ait une artère pour origine.

Quelquefois, mais plus rarement, le sang s'accumule dans l'ampoule rectale en dehors de la défécation, et c'est sa présence même qui provoque le besoin d'aller à la selle.

Chaque hémorragie peut être assez abondante, mais c'est surtout leur répétition qui devient fâcheuse. Elles se reproduisent d'ailleurs d'une manière tout à fait irrégulière. Certaines hémorroïdes saignent à chaque défécation pendant dix, quinze, vingt jours, un mois et même davantage. Puis l'hémorragie s'arrête pour ne reparaitre qu'un ou deux ans après. Mais il n'est pas rare que les hémorragies persistent longtemps, et amènent un état d'anémie extrême. Les malades perdent leurs forces, se décolorent et prennent l'aspect de cancéreux cachectiques. Quénu a vu un individu qui n'avait plus que 600 000 globules rouges par millimètre cube. Ces faits-là ne sont pas rares, et ils donnent lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic.

J'ai déjà dit que quelles que fussent les apparences, le sang venait des veines et non des artères. Mais il faut préciser la source de l'hémorragie. Quelquefois, sous l'influence de l'excès de pression engendrée par l'effort, l'hémorroïde se rompt et le sang vient de l'ampoule veineuse elle-même. Ce paraît être l'exception. Dans d'autres cas, il existe une ulcération, et c'est elle qui saigne. C'est alors surtout que les hémorragies se produisent en dehors de la défécation. Le plus souvent, le sang provient de petites excoriations produites par le passage du bol fécal, et ce sont les vaisseaux superficiels et préalablement altérés de la muqueuse, qui fournissent le sang.

Les hémorroïdes internes peuvent s'enflammer comme les externes, et si elles ne sont pas procidentes, ce sont surtout des symptômes de rectite que l'on observe.

Mais ces hémorroïdes, par suite de la laxité de la muqueuse, tendent, comme nous l'avons vu, à se pédiculiser. Un fois pédiculisées, elles tendent à devenir procidentes, c'est-à-dire à sortir par l'anus. La procidence se produit d'abord de temps en temps au moment de la défécation. Les hémorroïdes sortent en même temps que le bol fécal. Quelquefois elles rentrent spontanément après la défécation; plus souvent elles resteraient au dehors si le malade n'exerçait de

légères pressions pour les réduire. Lorsque le sphincter est relâché, la procidence se produit de plus en plus facilement. Elle survient à chaque défécation, puis à l'occasion du moindre effort. Certains malades ne peuvent marcher un peu vite sans que les hémorroïdes sortent. Dans ces cas, elles finissent par entraîner la muqueuse voisine, et il se produit un prolapsus hémorroïdaire.

La procidence multiplie les occasions de traumatisme et prédispose aux hémorragies. Il y a cependant des hémorroïdes procidentes qui ne saignent pas.

Je n'ai décrit jusqu'ici que les hémorroïdes procidentes, facilement réductibles. Mais tôt ou tard les difficultés de réduction surviennent, puis l'irréductibilité. On distingue deux sortes d'irréductibilité : l'irréductibilité par inflammation, et l'irréductibilité par étranglement. Dans ce dernier cas, le sphincter se contracte sur l'hémorroïde procidente et étrangle son pédicule. En réalité, il est fort difficile de faire le départ de ce qui revient dans ces accidents à l'inflammation et à l'étranglement, car l'inflammation réagit sur le sphincter, et la contracture du sphincter sur l'inflammation.

Sous l'influence de ces deux causes, les hémorroïdes procidentes se gonflent et se tendent, elles deviennent turgides, violacées. Les douleurs acquièrent une intensité extrême, le moindre effort les exagère et il y a très souvent de la rétention d'urine.

Si l'on examine l'anus, on voit en général deux cercles d'hémorroïdes disposées concentriquement : au centre, les paquets d'hémorroïdes internes, irréguliers, d'une couleur plus foncée, d'un violet sombre souvent recouvert de mucosités ; autour de ce paquet, un anneau irrégulier formé de trois, quatre ou cinq hémorroïdes externes, également tendues, mais d'une couleur plus rouge, moins sombre, et séparées par des sillons profonds. Les hémorroïdes externes participent donc à l'inflammation des hémorroïdes internes. Toutes ces tumeurs sont extrêmement douloureuses.

Quelquefois la crise n'est qu'ébauchée, et les hémorroïdes finissent par se réduire. Mais les crises se répètent souvent. Les poussées inflammatoires successives altèrent la muqueuse, et des accidents de rectite chronique paraissent. La rectite hémorroïdaire n'est pas rare chez les vieillards. Elle se traduit par des douleurs vagues, mais constantes, qui s'irradient dans les veines, les cuisses, par de faux besoins qu'on a qualifiés de *coliques hémorroïdaires*. Tout ce cortège douloureux serait dû d'après Quénu, à la propagation de l'inflammation jusqu'aux veines intra-nerveuses. Il s'y joint une sécrétion extrêmement abondante de mucus ou de muco-pus qui souille le linge et l'empêche. Ce sont ces écoulements que Richet avait en vue, lorsqu'il a qualifié ces accidents d'*hémorroïdes blanches*.

La crise ne se termine pas toujours d'une manière aussi favorable. Dans bien des cas, la tumeur ne se réduit pas. C'est alors

surtout qu'on dit que les hémorroïdes sont étranglées, et en effet la contraction réflexe du sphincter finit par jouer un rôle prédominant.

Il arrive parfois que, sous l'influence de l'augmentation de pression, l'hémorroïde éclate ; elle se rompt, se vide, et la réduction se fait ensuite. Le plus souvent les hémorroïdes étranglées se sphacèlent. Tantôt le sphacèle est partiel et ne porte que sur quelques paquets ou même sur quelques points de certains paquets. Tantôt il est complet et frappe toute la masse étranglée. Il y a toujours une réaction assez vive sur la santé générale, des accidents infectieux graves peuvent même paraître, mais ils sont assez rares. Au bout d'un certain temps, pendant lequel la situation du malade est des plus pénibles, les escarres s'éliminent, il s'écoule par l'orifice ainsi formé du sang altéré, des caillots mêlés de pus. Les hémorroïdes vidées s'affaissent, se rétractent et se cicatrisent. Si le sphacèle est total, la masse s'élimine peu à peu par lambeaux successifs. Dans les deux cas, les hémorroïdes guérissent, mais c'est une guérison bien chèrement achetée.

Diagnostic. — Rien n'est plus facile que de reconnaître les hémorroïdes. Si l'on fait de fréquentes erreurs de diagnostic, c'est qu'on ne pratique pas l'examen de la région. J'ai suffisamment insisté sur la nécessité de faire cet examen toutes les fois qu'il existe des troubles quelconques de la défécation. Les malades attribuent volontiers tous les troubles ano-rectaux à des hémorroïdes, et les médecins acceptent trop facilement leurs dires sans les contrôler. Aussi l'erreur habituelle, c'est bien plutôt de prendre pour des hémorroïdes d'autres maladies du rectum, que de prendre les hémorroïdes pour d'autres affections.

Les condylomes ne prêtent guère à méprise. Ils siègent fréquemment en avant ou en arrière, tandis que les hémorroïdes sont presque toujours latérales. Ils sont d'une consistance plus ferme et absolument irréductibles. Les hémorroïdes enflammées présentent bien ces caractères, mais alors les symptômes inflammatoires et leur coloration particulière ne laissent aucune place à l'hésitation.

Les polypes pourraient être pris pour des hémorroïdes internes. Mais leur consistance ferme, l'unité de la tumeur, le pédicule, les en distinguent complètement.

Il est très aisé aussi de distinguer des hémorroïdes d'un prolapsus. Ce dernier est formé par un bourrelet circulaire, tandis que les colliers d'hémorroïdes externes sont toujours constitués par des tumeurs multiples séparées les unes des autres par des sillons. De même les hémorroïdes internes procidentes se manifestent sous forme de paquets multiples et irréguliers, et non sous celle d'un cône pourvu à son sommet tronqué, d'un orifice régulier.

Les hémorroïdes internes, non procidentes, en dehors de toute

poussée inflammatoire, sont souvent très difficiles à sentir. Quand elles sont peu saillantes, leur mollesse onctueuse se confond avec celle de la muqueuse rectale. On fait alors le diagnostic par élimination.

Les hémorroïdes externes ulcérées et suintantes pourraient à la rigueur en imposer pour un cancer de l'anus. Mais elles n'ont pas la dureté ligneuse, ni les infiltrations lointaines des néoplasmes épithéliaux. Il ne peut y avoir de difficultés véritables que dans les cas où un épithéliome se développe sur une hémorroïde. C'est la dureté et l'infiltration qui font faire le diagnostic.

Je répète encore que même lorsqu'on a constaté l'existence manifeste d'hémorroïdes externes suffisantes pour expliquer tous les symptômes, il faut cependant faire encore un toucher attentif, car il n'est pas rare qu'on trouve un cancer ou un rétrécissement au-dessus d'elles.

D'autre part, l'anémie hémorroïdaire peut atteindre un degré tel qu'elle donne au malade l'aspect de caverneux cachectiques. Il ne faut donc pas se fier aux apparences et porter un pronostic grave sans avoir fait l'examen local.

Enfin, quand on a reconnu l'existence d'hémorroïdes, il reste à examiner les viscères pelviens abdominaux et thoraciques, pour voir si elles ne seraient pas symptomatiques de quelque autre affection.

Pronostic. — Les hémorroïdes, en dehors de toute complication, constituent à peine une infirmité. Combien de fois n'arrive-t-il pas au chirurgien, en faisant l'examen complet des malades, de constater la présence d'hémorroïdes externes que le patient ne soupçonne même pas. Quand surviennent les complications, cette petite infirmité prend les proportions d'une véritable maladie. Cependant bien des malades les supportent avec patience; grâce à un bon régime alimentaire et à quelques précautions hygiéniques, ils vivent avec leurs hémorroïdes; il en est même qui à aucun prix ne voudraient s'en séparer, les considérant comme salutaires. Bien des médecins partagent encore l'antique croyance, qui remonte à Hippocrate, sur le rôle d'émonctoires bienfaisants des hémorroïdes, et seraient prêts à répéter avec de Montègre, que le « flux hémorroïdaire assure en quelque sorte la conservation de la santé ». Si on voulait aller au fond des choses, on ne trouverait guère pour étayer cette singulière conception qui consiste à considérer une maladie comme un bienfait, que quelques vagues hypothèses sur les humeurs peccantes. Telle qu'elle est, elle a cependant encore assez d'adeptes pour qu'il soit utile de la combattre.

Il faut distinguer deux choses dans ces accidents qu'on considère comme salutaires, et d'abord ceux qui ont un caractère nettement inflammatoire. Je crois que personne aujourd'hui n'oserait soutenir les avantages de ceux-là. On ne croit plus aux vertus de l'ulcère qui suppure, du séton, des écoulements d'oreille et des éruptions d'im-

petigo. Restent donc seulement les accidents qui ne sont pas inflammatoires, reste seulement l'hémorragie. Lorsqu'elle est assez abondante ou assez répétée pour entraîner une anémie notable, on ne peut évidemment la considérer comme bienfaisante. Mais peut-on croire que les petites hémorragies soient capables de jouer le rôle d'une sorte de menstruation chez les pléthoriques, et d'éviter une crise de goutte ou de rhumatisme? Bien des médecins le croient et il est difficile de prouver le contraire. Mais ainsi réduit, le rôle bienfaisant des hémorroïdes devient bien exceptionnel, et même, s'il est réel, il ne contre-indiquera pas souvent l'intervention.

Traitement. — La meilleure manière de traiter les hémorroïdes, c'est incontestablement de les supprimer. Mais on n'est pas toujours libre de le faire. Il faut donc connaître d'autres méthodes de traitement. Je vais exposer celles qu'on peut encore employer, et après avoir apprécié leur valeur je chercherai à fixer leurs indications.

Naturellement, il est un certain nombre de drogues dont on a voulu faire de véritables spécifiques contre les hémorroïdes. Je ne crois pas plus à l'effet curatif du capricum que du poivre de Cayenne, de l'ergot de seigle que de l'hamamelis virginica. Le traitement médical ne peut pas être curatif, mais il a une réelle valeur palliative.

Avec quelques précautions, on peut, dans bien des cas, non pas guérir les hémorroïdes, mais les rendre tolérables; l'ensemble de ces précautions constitue l'hygiène du rectum. Le premier point, le plus important peut-être, c'est de régulariser les selles, et particulièrement de lutter contre la constipation qui est la règle. Je ne veux pas examiner ici la série des innombrables laxatifs et toutes les variétés de lavement. Ces moyens sont utiles, ils rendent des services, mais leur effet est transitoire. Si l'on veut obtenir une réelle modification du régime des selles, il faut agir par le régime alimentaire, le massage et les exercices gymnastiques. Le massage bien fait associé à des exercices gymnastiques bien réglés, donne des résultats merveilleux, et je ne saurais trop les recommander. Il faut y ajouter des soins de propreté extrêmes et s'assurer que le rectum se vide bien à chaque défécation. Chez certains malades la sensibilité rectale semble obtuse, et il reste des matières dans l'ampoule après les garde-robes. La présence de ces matières entretient une irritation fâcheuse. Il faut dans ces cas faire prendre des lavements non pas avant, mais après les selles.

Bien des hémorroïdaires se plaignent surtout de démangeaisons anales. Ces démangeaisons sont souvent dues en partie à l'insuffisance de la défécation. Ces mêmes lavements post-défécatoires rendent des services; il faut y joindre les pommades cocainées, les badigeonnages au nitrate d'argent à 2 p. 100.

Dans les poussées légères du côté des hémorroïdes internes, les

grandes irrigations rectales chaudes (50 à 55 degrés), recommandées par Reclus, sont bien préférables aux lavements froids qu'on conseillait jadis.

Ces mêmes irrigations chaudes sont, en dehors des interventions opératoires, le meilleur moyen de combattre les hémorragies. Les astringents, les suppositoires au tanin, au sulfate de fer, sont également indiqués dans ce cas. Lorsque l'hémorragie est due à une ulcération et devient presque continuelle, on peut recourir à l'eau de Pagliari.

Dans les hémorroïdes externes enflammées, le meilleur moyen de diminuer les douleurs et de favoriser la résolution est d'enduire les tumeurs de vaseline cocaïnée, et de faire un large pansement humide. Les pulvérisations ne me paraissent avoir aucun avantage sur un bon enveloppement humide.

On peut aussi traiter les hémorroïdes enflammées comme des abcès, c'est-à-dire les inciser et les vider, par une douce pression, des caillots sanguins qu'elles contiennent. La plupart des chirurgiens anglais emploient ce traitement et mettent dans l'incision une boulette de coton. Quénu l'a heureusement complété en y ajoutant la réunion par première intention.

En cas de procidence d'hémorroïdes internes, la première indication est évidemment de réduire. Mais les manœuvres sont très douloureuses, et la douleur détermine une contraction réflexe du sphincter qui augmente encore les difficultés de réduction. Il faut recourir au même artifice que pour le prolapsus (voyez page 502), beurrer la masse procidente de vaseline cocaïnée, ou l'envelopper d'une compresse imbibée de cocaïne ; quand on a obtenu une anesthésie suffisante, malaxer les tumeurs pour en chasser le sang et le liquide œdémateux, et diminuer leur volume avant de chercher à les faire rentrer. En faisant ainsi, j'ai toujours réussi. Si l'on échouait, il ne resterait plus qu'à dilater le sphincter ; mais comme la dilatation nécessite l'anesthésie, il faudrait en profiter pour faire la cure radicale.

Lorsqu'on est appelé trop tard, et que les hémorroïdes sont déjà sphacélées, il faut bien se garder de les réduire. Il ne reste plus qu'à les laisser s'éliminer, ou bien à les enlever.

J'arrive au traitement opératoire qui comprend trois grandes méthodes : 1° la *dilatation* ; 2° les *méthodes modificatives* ; 3° la *destruction*.

Je ne parlerai pas de la *dilatation par les bougies*, recommandée par Copeland, et employée au commencement de ce siècle, car elle est tombée en désuétude.

On n'emploie plus aujourd'hui que la dilatation forcée et extemporanée. Récamier la pratiquait en somme, car par son massage cadencé de l'anus, il arrivait à une dilatation considérable. Maisonneuve la modifia. Mais tous deux l'employaient contre la fissure.

Fontan (1), ayant été traité par la dilatation d'une fistule hémorroïdaire, se trouva débarrassé non seulement de sa fistule mais de ses hémorroïdes. C'est grâce à cette circonstance fortuite que la dilatation est entrée dans le traitement des hémorroïdes. Sous l'influence de Verneuil elle se généralisa rapidement et fut pendant un temps considérée comme le traitement de choix. On crut qu'elle donnait une guérison vraie, complète et durable, et ce fait étant considéré comme acquis, on chercha à l'expliquer. Les constatations anatomiques de Duret vinrent à point fournir une explication. Cet auteur crut démontrer, nous l'avons vu, que les anastomoses entre les hémorroïdales supérieures et les inférieures, c'est-à-dire entre le système porte et le système cave, se faisaient uniquement par de fins ramuscules qui passaient au travers du sphincter. L'étranglement de ces ramuscules anastomotiques par le muscle expliquait les hémorroïdes ; la dilatation, en forçant les fibres musculaires, supprimait l'étranglement. La suppression de la cause expliquait la guérison. La théorie était rationnellement complète ; mais l'échafaudage était sur du sable, les prémisses étaient fausses.

On ne tarda pas à s'apercevoir que la guérison n'était pas définitive, que les récurrences étaient fréquentes, si fréquentes même que tout le monde s'accorde aujourd'hui à considérer la dilatation comme un traitement palliatif, qui fait cesser les accidents pour un temps, mais qui ne guérit pas. Quant à l'explication de Duret, elle est radicalement fautive, puisque les anastomoses intra-musculaires sont insignifiantes et qu'il en est d'autres très larges.

Cependant la dilatation agit. Elle n'est pas curative, mais c'est un palliatif de premier ordre. Ses résultats immédiats sont excellents. Elle supprime tous les accidents et particulièrement les hémorragies pour un temps parfois fort long. Puisque la théorie de Duret est fautive, comment donc agit-elle ? Ma conviction est qu'elle agit en écrasant un certain nombre de veines, en les faisant éclater et en amenant ainsi leur oblitération.

Pour ce qui est de la technique de la dilatation, je renvoie au chapitre consacré à la fissure (Voyez page 438).

La *méthode modificatrice* a pour but de produire dans les hémorroïdes une réaction inflammatoire aseptique qui amène la thrombose et l'oblitération des veines. Elle comprend trois procédés principaux : les attouchements en surface, les injections interstitielles, l'électrolyse et l'ignipuncture.

Les attouchements en surface se font avec la glycérine phéniquée, le sous-sulfate de fer, l'ichtyol, etc. De toutes les substances employées, celle qui a joui de la plus grande vogue, c'est l'acide

(1) FONTAN, Traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée des sphincters de l'anus, Paris, 1877. — Rapport de TH. ANGER, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 141.

nitrique, employé d'abord par Cusak, vulgarisé par Houston, chaudement recommandé par Gosselin. On badigeonne les hémorroïdes avec un pinceau trempé dans l'acide nitrique fumant. On répète les séances à des intervalles de sept à quinze jours, et il faut dans certains cas les renouveler un grand nombre de fois, puisque Gosselin en a fait onze chez le même malade en quatre mois. Le traitement est donc long ; il est de plus horriblement douloureux, il produit des escarres qui peuvent s'infecter, il expose à des fissures. On ne comprendrait pas vraiment qu'on recourût à notre époque à un procédé si rempli d'inconvénients.

Les substances qu'on a employées en injections interstitielles sont nombreuses : sulfate de fer, perchlorure de fer, chlorure de zinc, créosote, ergotine, éther iodoformé. Mais la glycérine phéniquée a détrôné toutes les autres. Le « traitement américain », dont Kelsey s'est fait le défenseur (1), consiste à injecter dans chaque hémorroïde cinq gouttes d'une solution contenant une partie d'acide phénique pour trois parties de glycérine et trois parties d'eau. On renouvelle ces injections trois ou quatre fois à longs intervalles, et la durée du traitement est de trois mois environ. Jusqu'ici cette méthode a été peu employée chez nous.

L'électrolyse se pratique comme pour les angiomes. Elle peut rendre des services, mais elle expose à l'infection. L'ignipuncture profonde est plus simple et peut-être plus efficace. Les résultats de ces méthodes sont d'ailleurs moins sûrs et moins radicaux que ceux des méthodes destructives.

Celles-ci comprennent aussi des procédés nombreux. Il suffira de mentionner la destruction par les caustiques chimiques. Ils n'ont jamais joui d'une grande vogue, et la pince d'Amussat, dont les mors creusés de rainures étaient chargés de caustique de Filhos, n'a pas suffi à leur en donner.

L'écraseur linéaire est tombé en complète désuétude.

La ligature consiste à étreindre le pédicule de l'hémorroïde d'un fil serré de façon que la circulation y soit interrompue et qu'elle s'élimine par sphacèle. Il est bien des façons de placer la ligature. Je ne les décrirai pas, on peut aisément les imaginer. Je dois dire un mot du procédé de Salmon et Allingham qui est un acheminement vers l'excision. Ils commencent par inciser la muqueuse sur le pédicule de l'hémorroïde et font ensuite la ligature. On se demande pourquoi, ayant ainsi commencé, ils n'achèvent pas l'excision, qui se complèterait d'un coup de ciseau. C'est ce qu'ont fait Kirian, Ball et d'autres. Mais l'excision ainsi pratiquée n'a aucun avantage, et elle a l'inconvénient de rendre difficile ou impossible la réunion par première intention.

La destruction par le fer rouge comprend deux procédés princi-

(1) KELSEY, The treatment of Hemorrhoids, Fistula, Without operations New-York, 1897.

paux. Richet aimait à qualifier le sien de volatilisation des hémorroïdes. Il se servait d'une pince spéciale construite sur le modèle des pinces à friser, la pince-cautère écrasante. Avec un fil de laiton muni d'une aiguille il transperçait la base de chaque hémorroïde que le fil replié attirait au dehors. Il saisissait la tumeur entre les deux larges mors de la pince chauffée à blanc, et serrait jusqu'à ce qu'il ne restât plus qu'un peu de cendre. L'hémorroïde était volatilisée. J'ai vu Richet, quand j'étais son interne, appliquer un grand nombre de fois son procédé. J'ai été terrifié de l'intensité des douleurs qui suivaient l'opération ; j'ai vu des malades mourir de pyohémie, et tout cela m'a laissé des souvenirs si pénibles que je n'ai jamais pratiqué la volatilisation.

La destruction peut se faire avec le thermocautère. Trélat avait fait faire une pince spéciale à mors larges et plats, dont l'un des côtés était doublé d'ivoire pour empêcher la transmission de la chaleur. Il saisissait le pédicule de l'hémorroïde entre les mors de cette pince, le côté ivoire tourné vers la peau, et sur la pince, avec le couteau du thermocautère, il coupait très facilement le pédicule déjà aplati par la striction. J'ai vu Lucke, à Strasbourg, procéder exactement de la même façon. On peut rapprocher de cette manière de faire le procédé de Schalita, qui excise chaque paquet hémorroïdaire, et cautérise ensuite le pédicule.

L'excision au bistouri, suivie de suture, me paraît bien préférable. C'est le procédé de Whitehead qui est le plus répandu. Voici en quoi il consiste essentiellement. On fait une section circulaire autour de l'anus en suivant exactement la jonction de la peau avec la muqueuse. On dissèque cette dernière, on la sépare du sphincter, on l'abaisse peu à peu et avec elle les hémorroïdes. Quand on est arrivé au-dessus de la zone hémorroïdaire, on sectionne circulairement la muqueuse disséquée pour l'enlever, et on suture à la peau le bord inférieur de la muqueuse restante. Cette opération est donc non pas seulement une excision des hémorroïdes, mais une résection de la muqueuse de l'anus et de la partie inférieure du rectum. On a apporté à l'opération de Whitehead une foule de modifications de technique sans importance. Chacun la pratique à sa manière, sans que le plan fondamental ni le résultat soient modifiés.

Cette opération, qui est excellente, a parfois un certain inconvénient. La suture coupe la muqueuse qui remonte légèrement. Alors la réunion par première intention n'est pas parfaite : il reste entre la muqueuse et la peau un petit liséré qui se réunit secondairement. Je n'ai jamais vu ce liséré dépasser deux ou trois millimètres. C'est donc un petit inconvénient, mais c'en est un, car la cicatrisation est retardée. Pour l'éviter, Quénu a imaginé la modification suivante. Au lieu de réséquer la muqueuse, il « l'épluche » de manière à la « dépouiller de toute la couche cellulo-vasculaire ». Les premiers temps se font

comme dans l'opération de Whitehead. Lorsque la muqueuse est disséquée, il en détache, à l'aide de petits ciseaux, toutes les ampoules veineuses; puis lorsqu'elle est bien nettoyée, il la réapplique et la maintient par quelques points de suture. Il n'y a ainsi aucune traction. On pourrait craindre que la muqueuse ainsi dépourvue de couche cellulo-vasculaire se sphacèle, mais Quénu ne parle pas de cet accident. Il va sans dire que ce procédé n'est applicable que dans les cas où la muqueuse n'est pas altérée.

Lorsque les paquets hémorroïdaires sont distincts, peu nombreux, et qu'entre eux la muqueuse est saine, j'exécise séparément chaque paquet hémorroïdaire, et je réunis chaque petite plaie par une suture au catgut.

De toutes ces méthodes, la meilleure est la méthode destructive; et parmi les procédés de cette méthode, les meilleurs sont ceux qui permettent de faire la réunion par première intention. C'est donc l'exérèse au bistouri qui mérite la préférence.

Je ne vois qu'une contre-indication, c'est le sphacèle. Lorsque des hémorroïdes étranglées sont gangrénées, l'exérèse au bistouri expose à des accidents infectieux, la réunion par première intention échoue presque fatalement; il vaut mieux faire la destruction au fer rouge. L'attrail dramatique de Richet me paraît pour le moins inutile; le thermo-cautère est bien préférable.

Quand il n'y a que deux ou trois paquets d'hémorroïdes distincts, je fais l'excisision de chaque paquet suivie de suture.

Quand les paquets sont nombreux et plus ou moins confondus, cette manière de faire ne trouve plus son application. Si la muqueuse est saine on a le choix entre l'opération de Whitehead et celle de Quénu. Si la muqueuse est altérée, s'il y a tendance au prolapsus, c'est celle de Whitehead, la résection de la muqueuse, qui est nettement indiquée.

III

TUMEURS DE L'ANUS ET DU RECTUM

Le sujet de beaucoup le plus important de ce chapitre, c'est évidemment le cancer. Mais on observe aussi dans cette région d'autres tumeurs dont il faut connaître au moins succinctement l'histoire. Je décrirai successivement les tumeurs bénignes, puis les tumeurs malignes.

TUMEURS BÉNIGNES DE L'ANUS.

On peut rencontrer dans la région anale des tumeurs de toute espèce, lipomes, angiomes, fibromes, chondromes, sarcomes, etc.

Ces tumeurs ne présentent rien de spécial, et ne méritent pas de description particulière. Il est deux autres variétés qui prennent dans la région des caractères assez particuliers pour qu'il soit nécessaire d'en dire quelques mots: ce sont les condylomes et les végétations.

Condylomes. — On décrivait jadis sous ce nom les productions les plus variées, les condylomes vrais, les marisques, les plaques muqueuses hypertrophiques, et le résultat de cette confusion avait été de faire considérer les condylomes comme une manifestation de la vérole. C'était une erreur complète; les condylomes vrais n'ont rien de syphilitique. Ce sont de petits fibromes, ou, si l'on aime mieux, des molluscum dermiques qui sont engendrés par les irritations chroniques.

Ces petites tumeurs généralement ovoïdes, à grand axe antéro-postérieur, siègent de préférence en avant et surtout en arrière de l'anus. Elles apparaissent d'abord comme une petite saillie dans un des plis radiés, puis grossissent peu à peu jusqu'à acquérir le volume d'une noisette ou même d'une petite noix.

Elles sont complètement indolentes. Leur couleur ne diffère en rien de celle de la peau voisine. Sans être bien nettement pédiculées, elles sont cependant moins largement sessiles que les hémorroïdes ou les marisques. Fermes au toucher, elles ne se laissent nullement réduire par la pression. Développées dans le derme, elles font partie de la peau même, qui ne se laisse pas plisser à leur surface. Ces caractères suffisent à les distinguer des marisques avec lesquelles seules on pourrait les confondre.

Les condylomes n'ont aucune gravité. Une fois développés ils restent stationnaires. Mais parfois ils s'ulcèrent ou s'exulcèrent, suintent avec abondance, et entretiennent une irritation pénible de toute la région, érythème, démangeaisons, etc. Il est alors nettement indiqué de les enlever. Rien n'est plus simple, et ils n'ont aucune tendance à la récurrence.

Végétations. — Les végétations de l'anus sont des papillomes. Je n'ai pas à revenir sur leur anatomie pathologique que j'ai exposée dans le premier volume de ce *Traité* (Voy. t. I, p. 486).

Les opinions les plus singulières ont régné sur leur étiologie. On les appelait jadis mal de Saint-Fiacre, et Dionis nous dit qu'on les considérait « comme une suite du commerce infâme que les malades ont eu avec des hommes ». On les a regardés comme des produits syphilitiques, comme des produits blennorragiques. Melchior Robert s'est introduit des végétations sous le prépuce après en avoir irrité l'épiderme, sans s'inoculer ni la syphilis ni la blennorragie. On sait aujourd'hui qu'elles n'ont rien de blennorragique ni de syphilitique. Comme tous les papillomes ce sont des produits d'irritation banale.

Est-ce à dire que la blennorragie ne joue aucun rôle dans leur développement? En aucune façon. Le pus blennorragique, en irri-