

sphincter (J. Guérin, Blandin, Demarquay). — L'incision peut être faite avec l'écraseur linéaire, il est préférable d'employer le bistouri ou le thermocautère.

L'*excision* de la fissure (Jobert de Lamballe) y est souvent jointe avec avantage; elle doit s'étendre au petit tubercule polypiforme qui marque le bord de l'ulcération; employée seule, elle ne suffit pas.

La *dilatation* nous semble la méthode de choix: pratiquée pour la première fois par Récamier, elle peut être *graduelle*; le mieux est qu'elle soit *brusque, forcée*; on la pratique soit avec les deux pouces (Nélaton), soit avec les deux index (Gosselin), jusqu'à ce que les doigts touchent les ischions; on se contente le plus souvent de tractions latérales; Richet conseille d'y joindre la dilatation antéro-postérieure; Valette, Desgranges, D. Mollière, emploient le *speculum uteri* d'A. Paré et font la dilatation lente en une demi-heure ou trois quart d'heure.

Une question importante se rattache à cette opération: faut-il la faire sous le chloroforme? La plupart des chirurgiens répondent affirmativement; d'autres, frappés des dangers et des accidents fréquents dont s'accompagne dans ces cas l'emploi des anesthésiques, opèrent sans endormir (Courtly, Nicaise).

## CHAPITRE IV

### HÉMORRHOÏDES

Nous définirons les hémorrhoides, avec Gosselin, des *varices des veines du rectum susceptibles de donner du sang à un moment donné*.

Laissant à la notion chirurgicale de *tumeur variqueuse* son importance capitale, cette définition a l'avantage de ne pas rejeter absolument le *flux sanguin*, souvent décrit par les anciens auteurs sous la même dénomination.

Hippocrate savait déjà que les hémorrhoides étaient des tumeurs formées par la dilatation des veines du rectum, mais il les considérait comme un émonctoire de l'atrabile. Cette fausse notion, qui

conduisait à l'abstention thérapeutique, devait se perpétuer jusqu'au commencement de ce siècle. Galien, Celse, Aétius, Ambroise Paré, Stahl les regardaient encore comme avantageuses. Peu à peu cependant les chirurgiens, frappés des inconvénients qu'elles présentaient, songèrent à les traiter. Boyer, Bérard, Amussat, Chassaignac en France, Fergusson, Houston, Curling en Angleterre, prirent la plus grande part à ce mouvement.

Parmi les traités classiques spéciaux et les mémoires publiés sur ce sujet, les leçons de Gosselin sur les hémorrhoides (1866) méritent une place spéciale; nous leur ferons de nombreux emprunts.

**Division.** — Depuis Stahl on étudie deux classes d'hémorrhoides :

1° *Les hémorrhoides externes*;

2° *Les hémorrhoides internes*.

Cette distinction est surtout importante en clinique: les premières occupent l'ouverture anale elle-même, les secondes siègent à l'intérieur du rectum et au-dessus du sphincter.

**Étiologie.** — *Fréquence. Age. Sexe.* — Les hémorrhoides figurent pour près de 1/4 dans la statistique de 4000 maladies du rectum que nous donne Allingham; ce chiffre doit encore être loin de la réalité, et il suffit, pour s'en convaincre, de songer à tous ceux qui ne sont pas suffisamment incommodés par les hémorrhoides pour consulter le chirurgien. Elles sont rares dans l'enfance, mais elles existent; c'est surtout de trente à cinquante ans qu'on les observe, plus souvent chez la femme que chez l'homme; toutefois la différence n'est peut-être pas aussi accentuée qu'on le dit (Duplay).

Les hémorrhoides, au point de vue étiologique, doivent être divisées en *hémorrhoides idiopathiques* et *hémorrhoides symptomatiques*.

1° *Hémorrhoides idiopathiques.* — Il n'y a pas de classe sociale, pas de constitution, pas de tempérament qui en soient exempts; cependant on les observe surtout chez les individus sanguins, pléthoriques. Cette prédisposition est souvent héréditaire. Certaines diathèses se retrouvent encore presque toujours dans les antécédents: arthritisme, goulte, rhumatisme, herpétisme; toutefois ces conditions favorables ne sont pas suffisantes pour admettre avec quelques auteurs une diathèse hémorrhoidaire.

L'*hygiène* influe beaucoup également sur le développement des hémorrhoides; dans cette catégorie de causes se rangent le défaut

d'exercice, la vie sédentaire, la station assise prolongée, les excès vénériens, une alimentation trop riche, trop succulente, trop azotée. — L'influence du climat n'est pas moins considérable; on sait combien les hémorrhoides (tumeurs variqueuses ou flux sanguins) sont fréquentes dans les pays orientaux, la Grèce, l'Égypte; ce fait, déjà constaté par Hippocrate, a été rapporté de nos jours par Fauvel et par Damaschino dans son *Traité des maladies des voies digestives*.

2° *Hémorrhoides symptomatiques*. — En tête de cette classe étiologique, il convient d'abord de placer *certaines irritations locales* qui appartiennent pour la plupart aussi bien aux hémorrhoides idiopathiques qu'aux hémorrhoides symptomatiques; telles sont : les efforts répétés de défécation, la constipation habituelle, l'abus des purgatifs drastiques, quelques causes anatomiques qui nous occuperont au chapitre *Pathogénie*, enfin certains obstacles locaux de la circulation, tels que des phlegmasies périrectales chroniques, rétrécissements, cancer du rectum, quelquefois même polypes.

Les *hémorrhoides symptomatiques* reconnaissent plus souvent pour cause une gêne dans la circulation de la veine porte ou dans la circulation veineuse générale.

a. *Gêne du cours du sang dans la veine porte*. — Un certain nombre d'affections du foie, et surtout les cirrhoses, déterminent la dilatation des veines du rectum; cette influence n'est peut-être pas aussi absolue que le prétendent les Allemands. — Il serait logique de penser que les tumeurs de la rate possèdent la même influence; les faits manquent à la confirmation de cette hypothèse théorique; par contre, l'influence des oblitérations de la veine porte n'est pas douteuse à la suite des pyléphlébites.

b. *Gêne de la circulation veineuse dans le système veineux général*. — Ce chapitre comprend les affections du cœur, surtout les lésions mitrales et tricuspidiennes, certaines altérations pulmonaires comme l'asthme, l'emphysème, qui gênent l'hématose, et quelques maladies des reins dont l'influence pathogénique est encore mal déterminée.

Les *tumeurs abdominales* y tiennent une grande place; tantôt leur influence est passagère : grossesse, certains kystes ovariens; d'autres fois elle est permanente, tumeurs pelviennes et abdominales ayant leur point de départ le plus souvent dans l'ovaire ou dans

l'utérus, plus rarement dans la vessie, la prostate, les parois du bassin.

Les contractions musculaires si fréquentes et si douloureuses que provoquent dans le plancher du bassin les cystites chroniques, les cystites calculeuses, l'hypertrophie prostatique et certains rétrécissements de l'urèthre, produisent fréquemment des hémorrhoides.

**Pathogénie**. — Il ne nous paraît pas possible d'attribuer le développement des hémorrhoides à un seul mode pathogénique. Les conditions anatomiques sont inséparables des conditions physiologiques, et réciproquement, de telle sorte que ces deux influences se complètent l'une l'autre. Enfin nous verrons qu'on tend aujourd'hui à faire jouer le rôle principal aux altérations primitives des veines; il faut donc invoquer aussi des conditions pathologiques.

*Conditions anatomiques*. — Les veines du rectum sont très nombreuses et très volumineuses. Elles émanent, comme on le sait, de deux sources principales; les branches hémorrhoidales inférieures, qui appartiennent à la circulation générale par la veine hypogastrique, et les veines hémorrhoidales supérieures, qui appartiennent à la circulation porte. Il n'y a pas de veines rectales correspondant aux artères hémorrhoidales moyennes (Sappey).

La disposition des veines hémorrhoidales supérieures est surtout remarquable. Ces veines semblent prendre naissance sous la muqueuse, à 4 centimètre de l'anus, par des dilatations ampullaires (Sappey, Duret) d'où partent des branches transversales qui traversent les fibres musculaires des sphincters, forment un plexus sous-musculaire, s'anastomosent richement avec les veines hémorrhoidales inférieures, et constituent des troncs longitudinaux nombreux et volumineux qui sont une des origines de la veine mésentérique inférieure. En résumé, ces veines sont nombreuses, déclives, dépourvues de valvules comme le système porte, engagées dans de nombreuses boutonnières musculaires, toutes conditions sur lesquelles Verneuil et Gosselin ont longuement appelé l'attention, et qui jouent certainement un rôle des plus importants dans la pathogénie des hémorrhoides en favorisant constamment la stase sanguine.

*Conditions physiologiques*. — Quand on réfléchit aux modifications profondes que créent dans la circulation veineuse rectale les efforts répétés d'un acte journalier comme la défécation, les contractions du plancher du bassin, si vives et si énergiques, qui terminent

la miction et l'émission du liquide spermatique; quand on songe aux congestions actives et passives si multipliées qu'éprouvent les veines du petit bassin du fait de la constipation, de la distention de la vessie, de l'érection, on comprend facilement que le rôle de la *congestion veineuse*, sur lequel Stahl avait si justement attiré l'attention, soit également considérable dans la formation des hémorroïdes (Duplay). Cette congestion est tantôt passive, tantôt active, sans doute liée dans ce cas à des influences vaso-motrices importantes; un certain nombre de faits physiologiques ou pathologiques peuvent en être justement rapprochés, tels sont : les congestions menstruelles, celles de la ménopause et certains faits incontestables de flux sanguins pléthoriques survenant avec ou sans tumeur hémorroïdaire, comme les Orientaux en présentent assez souvent des exemples (Damaschino).

*Conditions pathologiques.* — La pathogénie des hémorroïdes ne peut pourtant pas se ramener à ce terme unique : augmentation de la pression sanguine dans les veines hémorroïdales, résultant de la congestion active ou passive suivant les cas. Comme pour les varices ordinaires, cette théorie purement mécanique est maintenant considérée comme insuffisante, et il faut chercher dans la lésion des parois veineuses la cause déterminante des varices hémorroïdales. Quénu s'est fait le défenseur de cette opinion, que la lésion des parois veineuses est le phénomène primitif obligé; les veines se laissent définitivement dilater, parce qu'elles sont malades et rendues ainsi incapables de résister à l'effort du sang. Quant à la phlébite elle-même, sans doute on devra chercher sa cause dans l'action sur l'endovéine des produits toxiques importés ou fabriqués dans l'organisme (influence des boissons alcooliques, de la goutte, du rhumatisme, etc.), et peut-être, dans l'infection locale et directe par les micro-organismes de l'intestin auxquels ouvrent la porte des fréquentes éraillures de la muqueuse. A part les compressions mécaniques prolongées, par des tumeurs abdominales par exemple, il faut, pour créer des hémorroïdes, autre chose que la constipation ou la contracture du sphincter (Quénu, *Rev. de chirurgie*, mars 1895).

*Anatomie pathologique.* — Anatomiquement, les hémorroïdes sont des varices des veines du rectum. Il n'y a donc pas à s'étendre longuement sur leur structure. Elles présentent tous les degrés des varices.

1° La dilatation cylindroïde et serpentine des veines hémorroïdales

est très rare; elle existe cependant avec des lésions peu marquées des parois veineuses, et nécessite parfois l'injection veineuse pour devenir appréciable à la vue (Raige-Delorme, Bérard).

2° La dilatation ampullaire, avec épaisissements et amincissements inégaux des parois, constitue la forme la plus fréquente des hémorroïdes.

3° Elle peut se compliquer de l'apparition d'anses nouvelles, développées sans doute aux dépens des vasa vasorum ou des capillaires veineux.

4° Ces vaisseaux ainsi dilatés peuvent se fusionner; la tumeur hémorroïdaire prend alors un aspect caverneux, érectile, à tel point que Bécлар, Laennec, Delpech considéraient les hémorroïdes comme formées de tissus érectiles. Quant aux caractères histologiques des altérations veineuses, ils ne diffèrent pas de ceux des varices en général; disparition plus ou moins complète des éléments contractiles, hyperplasie du tissu conjonctif et transformation des parois en tissu embryonnaire. Nous n'insisterons pas davantage ici.

Toutes ces dilatations vasculaires communiquent avec la circulation sanguine, mais cette communication est souvent difficile à démontrer, et il peut arriver, que, par le fait d'une inflammation lente, toute communication disparaisse; plusieurs variétés anatomiques importantes sont la conséquence de cette altération; si le contenu reste sanguin, on a une sorte de *kyste hématique*; mais, si le liquide se modifie, on peut se trouver en présence d'une véritable *hémorroïde kysteuse*. Les hémorroïdes n'étant pas des épanchements sanguins enkystés au voisinage d'une rupture veineuse, comme le croyaient Cullen et Récamier, la transformation kysteuse se produit au sein même de la veine devenue d'abord variqueuse, et isolée ensuite de la circulation.

Une autre variété importante est constituée par l'*induration*, la *transformation fibreuse* des hémorroïdes; on ne l'observe guère, comme la précédente du reste, que dans les hémorroïdes externes. — John Burne a cependant signalé ce fait dans quelques hémorroïdes internes précidentes depuis longtemps.

*Lésions de voisinage.* — Les lésions des hémorroïdes ne sont point limitées aux parois veineuses; l'hyperplasie conjonctive qui les épaisit par place est souvent étendue au tissu conjonctif ambiant, et au derme cutanéomuqueux. Les artérioles voisines sont d'ordi-

naire intactes ou à peu près. On trouve des lésions de périnévríte et les vasa nervorum sont parfois dilatés. On observe encore, à la suite surtout des inflammations et des thromboses dont elles sont le siège, d'autres lésions de voisinage, qui sont de véritables complications : phlegmons, fistules borgnes ou complètes, fissures. Verneuil a signalé, dans quelques cas, des petites bourses séreuses entre les hémorroïdes et les téguments.

*Contenu.* — Certaines hémorroïdes sont vides de sang, au moins à de certains moments : *hémorroïdes flasques*; il en est d'autres remplies de sang fluide, communiquant avec le reste de la circulation veineuse; d'autres encore présentent par places des coagulations, des thromboses plus ou moins adhérentes et même de véritables phlébolithes; on en trouve enfin dont le contenu kysteux ne communique plus avec le sang des veines voisines.

*Tumeur hémorroïdaire.* — Les veines dilatées formant une petite masse ou tumeur hémorroïdaire dont les caractères appartiennent plutôt à la clinique, nous ne pouvons qu'indiquer les grandes classifications que nous retrouverons en clinique; au-dessus du sphincter, *hémorroïdes internes*; au-dessous de lui, *hémorroïdes externes*; par rapport aux téguments : *hémorroïdes cutanées*, *hémorroïdes muqueuses*, ou bien *cutanées et muqueuses* à la fois.

**Symptomatologie.** — L'attention des malades et du chirurgien est presque toujours attirée sur les hémorroïdes par des troubles congestifs qui ont leur centre dans la région anale et se produisent avec une certaine périodicité sous la forme de *crises*.

Au début, on observe une gêne, une pesanteur constante, s'accompagnant de faux besoins d'aller à la selle; plus tard, ces troubles locaux sont assez accentués pour rendre douloureuse la marche, la station assise ou debout; la chaleur du lit augmente la congestion et les démangeaisons qui en sont la conséquence; le sommeil est troublé. La défécation, très difficile à cause d'une constipation presque toujours opiniâtre, détermine des douleurs qui s'irradient vers le sacrum, les lombes, et souvent aussi vers l'urèthre, la vessie chez l'homme, les organes génitaux internes chez la femme.

Des excitations génésiques s'ajoutent quelquefois à tous ces accidents : chez quelques malades se produit une sorte de phéthore générale qui se traduit par les troubles suivants : maux de tête,

insomnies, cauchemars, troubles de la vue, vertiges, bourdonnements d'oreilles, congestion de la face.

Tous ces phénomènes vont s'accroissant pendant deux ou trois jours, puis ils restent stationnaires pendant le même temps et décroissent ensuite. Tantôt la décroissance est graduelle, tantôt elle survient brusquement par un écoulement sanguin d'une abondance variable, *flux hémorroïdaire*, généralement provoqué par les efforts de la défécation et le passage d'un bol fécal dur et volumineux.

L'écoulement sanguin se produit d'ailleurs quelquefois sans que la dilatation veineuse soit perceptible, et nous avons vu que ce symptôme unique prenait parfois, chez les Orientaux surtout, une importance assez grande pour qu'on le regardât comme constituant à lui seul toute la maladie, *hémorroïdes* devenant alors synonyme de *flux sanguin rectal*.

Il n'en est pas ainsi habituellement dans nos régions, et presque toujours le malade s'aperçoit de lui-même que ces phénomènes sont accompagnés du développement d'une petite tumeur molle, *tumeur hémorroïdaire* dont les caractères diffèrent notablement suivant que les hémorroïdes sont externes ou internes.

*Hémorroïdes externes.* — Les hémorroïdes externes se présentent le plus souvent sous l'aspect d'un petit bourrelet latéral, saillant entre deux des plis rayonnés de l'anus. Au lieu d'un bourrelet, on peut en rencontrer deux et même davantage, de telle sorte que l'orifice anal en soit complètement entouré. — La petite tumeur est lisse, arrondie, tendue, résistante, si l'hémorroïde est *turgescence*; plissée, molle, si elle est *flasque*. La surface est généralement d'une couleur rosée en dehors, dans la portion cutanée, violacée en dedans, portion muqueuse. Cette coloration est plus pâle si l'hémorroïde est flasque, si elle est ancienne, si son tégument est exclusivement *cutané*; elle est plus foncée, si elle est turgescence et exclusivement *muqueuse*. La tumeur quelquefois se réduit par la pression, en déversant son contenu dans les vaisseaux voisins.

La peau est fréquemment hypertrophiée au niveau des hémorroïdes externes; les plis radiés de la marge de l'anus sont plus accusés (Allingham).

À côté de ces variétés principales, on doit signaler des tumeurs verruqueuses, indolentes, assez dures, généralement unilatérales et

fort semblables aux condylomes; ce sont les *hémorroïdes externes indurées*.

Les phénomènes congestifs peuvent atteindre leur dernier degré : les bourrelets sont alors gonflés, œdémateux, luisants, extrêmement douloureux, leur surface peut être ulcérée. La phlébite suppurative et l'infection purulente n'auraient pas été observées comme terminaison des hémorroïdes externes (Gosselin).

*Hémorroïdes internes*. — Les hémorroïdes internes diffèrent tout à fait, suivant qu'elles sortent par le fondement ou suivant qu'elles ne sortent pas.

1° *Hémorroïdes non procidentes*. — Les symptômes de ces hémorroïdes se bornent presque exclusivement à la gêne, à la pesanteur, aux troubles congestifs dont nous venons de tracer le tableau. La rupture et l'écoulement sanguin ne seraient pas fréquents, d'après Gosselin. Seule une exploration complète permet au chirurgien de les reconnaître sûrement; le toucher rectal révèle alors des saillies molles, parfois pulsatiles, qui soulèvent la muqueuse; on apprécie encore beaucoup mieux leurs caractères en pratiquant l'examen au spéculum ou l'éversion de la muqueuse par le procédé de Chassaignac; on verra ainsi qu'il en est de petites, granuleuses, framboisées, siégeant à une hauteur variable de l'intestin; d'autres sont plus volumineuses, recouvertes d'une muqueuse lisse rouge ou bleuâtre et violacée. En commandant au malade de pousser, il sera quelquefois possible de les apercevoir directement à travers l'anus entr'ouvert. C'est un degré de transition qui nous amène aux hémorroïdes procidentes.

2° *Hémorroïdes internes procidentes*. — Après une phase plus ou moins longue de cette existence cachée, les hémorroïdes apparaissent à l'extérieur, sous la forme d'un bourrelet continu ou de masses isolées, du volume d'une noisette ou d'une petite noix. Le plus souvent on ne les aperçoit que d'une façon intermittente, après un effort de défécation. Gosselin a décrit à ces hémorroïdes procidentes divers degrés cliniques :

*a.* Hémorroïdes facilement réductibles sans douleur. *b.* Hémorroïdes réductibles et douloureuses, dans lesquelles la procidence s'accompagne d'une douleur cuisante qui se prolonge pendant un temps variable. *c.* Prolapsus douloureux lentement réductible; la réduction met deux ou trois heures à s'opérer; les douleurs, la gêne

fonctionnelle, les épreintes, le ténésme, les faux besoins sont plus accusés. La tumeur hémorroïdaire saigne facilement; si l'hémorrhagie est peu abondante, elle ne présente aucun inconvénient; mais, sous l'influence d'hémorrhagies trop fréquentes, le malade s'émacie, devient anémique; il a de la diarrhée, des troubles dyspeptiques; cet état est même assez accentué, dans certains cas, pour provoquer une sorte de cachexie qu'on appelle la *phthisie hémorroïdale*.

*d.* Dans d'autres faits, la tumeur ne peut se réduire. On observe l'*étranglement du prolapsus* par le sphincter anal, et le sphacèle du bourrelet hémorroïdaire en est la conséquence presque forcée. La tumeur est le siège d'une douleur brûlante; il semble que l'on serre avec une tenaille la portion étranglée. Cette douleur s'exaspère au moindre contact; des spasmes violents viennent encore l'accroître par moments. Le sommeil est devenu impossible; les épreintes sont fréquentes et s'accompagnent parfois de l'émission douloureuse de quelques gouttes d'urine. Au centre du bourrelet externe qui coexiste le plus souvent, on voit une tumeur dure, tendue, d'une coloration rouge foncé, qui devient bientôt brune ou noirâtre. C'est l'hémorroïde étranglée. L'eschare ainsi formée s'élimine au bout de quelques jours; les troubles fonctionnels diminuent d'intensité et la crise se termine, après huit ou dix jours de vives souffrances, par la réduction de la tumeur. Ce processus de guérison spontanée peut être troublé par des inflammations et des suppurations de voisinage.

**Diagnostic.** — Les hémorroïdes externes sont presque toujours faciles à reconnaître; seules les hémorroïdes indurées peuvent être confondues avec les condylomes; mais ceux-ci sont aplatis, siègent le plus souvent à la partie postérieure de l'anus et présentent à leur surface une hypertrophie du derme qu'on n'observe guère à un degré aussi marqué dans les hémorroïdes.

Les hémorroïdes internes se distinguent facilement des cancers du rectum. La tumeur ulcérée, sanieuse, indurée que l'on observe dans cette affection, s'accompagne d'une cachexie dont l'anémie hémorroïdaire approche bien rarement.

Les polypes du rectum sont des tumeurs limitées, bien pédiculées en général, blanchâtres ou rosées, qu'on observe surtout chez les enfants. S'il s'agit de polypes fibreux, la consistance est notablement différente.

Le prolapsus du rectum forme un bourrelet continu et non des

saillies bosselées d'aspect vasculaire. Cette apparence permettra le plus souvent d'apprécier la part que prennent les hémorroïdes dans un prolapsus qui en serait la conséquence.

Les hémorroïdes reconnues, il faut en rechercher la cause. Tout d'abord explorer la circulation générale, la circulation porte, juger de l'état du foie, — pratiquer la palpation attentive de l'abdomen pour ne pas méconnaître une tumeur pelvienne ou abdominale à son début. — Cet ordre de causes éliminé, la fonction de la défécation sera étudiée avec soin; l'examen du rectum et de la vessie sera fait méthodiquement, pour être assuré qu'il n'y a pas d'affection rectale ou vésicale, dont les hémorroïdes ne seraient que le symptôme. — On ne sera en droit de conclure à l'existence d'hémorroïdes idiopathiques qu'après un résultat négatif d'explorations complètes et attentives, et, dans ce cas encore, les conditions hygiéniques devront être recherchées et notées avec soin pour servir de base à un traitement rationnel.

**Pronostic.** — Les hémorroïdes constituent une infirmité pénible et douloureuse; rarement elles sont un véritable danger, soit par les pertes de sang qu'elles occasionnent, soit par les accidents d'étranglement qui compliquent parfois les hémorroïdes internes.

**Traitement.** — Le traitement des hémorroïdes doit être médical et chirurgical.

Le traitement *médical* s'adresse à la congestion; il comprend le traitement des affections qui causent les hémorroïdes, surtout le traitement de la constipation et les indications fournies par l'élément congestif.

Dans ce but, on prescrit d'éviter tous les excès de table, de coït; on recommande l'abstention des liqueurs fortes, un exercice régulier et modéré, une alimentation rafraîchissante, l'emploi journalier à petites doses des eaux et des médicaments laxatifs. Pendant la crise on prescrira contre la douleur des suppositoires à la morphine et à la cocaïne; des bains de siège très chauds et des lavements chauds poussés profondément dans le rectum à l'aide d'une longue canule.

Le traitement *chirurgical* est palliatif ou curatif. Les moyens palliatifs sont dirigés contre les accidents et non contre la tumeur hémorroïdale elle-même.

S'agit-il d'hémorroïdes enflammées, on essaiera la pulvérisation

chaude avec le spray phéniqué. Y a-t-il procidence et étranglement s'accompagnant de douleurs extrêmement vives, on tentera de réduire par un véritable taxis hémorroïdal : un doigt est introduit dans le rectum et l'on fait glisser sur lui le bourrelet.

Les recherches de Verneuil et de Fontan (1876), confirmées par beaucoup de chirurgiens, ont montré tout le profit que l'on pouvait tirer de la *dilatation forcée* du sphincter pour le traitement des hémorroïdes. Cette opération, pratiquée soit avec les doigts, soit avec des spéculums dilatateurs, et sous le chloroforme, donne de très bons résultats; elle est basée sur le rôle important que jouent les fibres musculaires du sphincter dans la production des hémorroïdes. Malgré cela, la dilatation ne constitue encore qu'un traitement palliatif, qui s'adresse surtout à l'élément douleur, et n'a pas d'effet curatif contre les hémorroïdes volumineuses qui ont pour ainsi dire perdu droit de domicile dans le rectum, suivant l'expression de Richet.

Parmi les nombreuses méthodes qui ont eu pour but la destruction radicale des hémorroïdes, nous citerons seulement les moyens qui méritent d'être encore conservés : contre les petites hémorroïdes externes l'excision ou la cautérisation avec le thermocautère suffisent. Les hémorroïdes internes à l'état de procidence habituelle ou provoquée par des lavements, sont détruites au-dessus d'un clamp qui protège les parties voisines, au moyen du fer rouge : pince de Richet; on peut les détacher, soit avec l'écraseur linéaire, soit par la ligature élastique, soit enfin au moyen de l'anse galvanique. Ces opérations ne doivent pas porter sur tout le pourtour d'un bourrelet annulaire; on serait exposé à produire des rétrécissements cicatriciels. On se borne à des excisions partielles et on compte sur les bons effets de la rétraction cicatricielle pour amener la réduction et l'oblitération de ce qu'on n'aura pas jugé à propos d'enlever. Lorsque les bourrelets hémorroïdaires ne sont pas trop volumineux on peut les exciser en disséquant au bistouri leur base d'implantation; puis on suture à la soie les bords de la plaie ainsi créée : c'est ce qu'on désigne quelquefois sous le nom d'opération de Whitehead. Elle ne donnera de bons résultats que si la région opératoire est suffisamment aseptique pour permettre la réunion immédiate. L'usage des caustiques, notamment du caustique Filhos, de l'acide azotique monohydraté ou du nitrate acide de mercure, ne nous paraît pas pouvoir être mis en paral-

lèle avec les bons résultats fournis par les méthodes précédentes et notamment avec les avantages du cautère actuel. Un pansement antiseptique est toujours de rigueur.

## CHAPITRE V

### POLYPES DU RECTUM

Les polypes du rectum sont les plus fréquents du tube digestif, après ceux du pharynx.

Ils sont encore rares; Allingham n'en a observé que 40, tant dans sa clientèle qu'à l'hôpital.

Bokai (de Pesth) n'en a observé que 25 sur près de 60 000 enfants.

Le polype du rectum a été décrit comme une maladie de l'enfance; Giraldès ne la croyait pas plus fréquente chez les garçons que chez les filles; on a prétendu le contraire.

L'affection s'observerait d'ailleurs plus souvent qu'on ne le disait autrefois chez l'adulte et chez le vieillard. — Allingham a observé 17 polypes chez l'adulte et 25 seulement chez l'enfant.

**Anatomie pathologique.** — Ce qui caractérise le polype, c'est l'existence du *pédicule*, tantôt mince, arrondi, fragile chez l'enfant, tantôt court, résistant, aplati (adultes). Ce pédicule renferme les vaisseaux de la tumeur, le plus ordinairement une artère et deux veines satellites. Il est presque toujours unique. Smith a cependant cité un pédicule double.

La *tumeur* est ordinairement petite et arrondie; chez l'enfant, elle varie du volume d'un pois à celui d'une cerise, rarement plus; chez l'adulte, elle atteint le volume d'une noix, d'une pomme (Gosselin), d'une mandarine (B. Anger), celui du poing (Trélat) et même des deux poings (Boyer).

La surface est lisse, unie, parfois mamelonnée, granuleuse, vilieuse même ou scissurée.

Son *siège habituel* est la paroi postérieure du rectum de 2 à 6 centimètres au-dessus de l'anus; exceptionnellement plus haut, 16 centimètres (Desault).

**Nombre.** — Presque toujours unique; Richet et Fochier ont cepen-

dant rapporté des cas où la muqueuse était tapissée de petites masses polypiformes.

**Variétés.** — Il y a deux grandes variétés anatomiques de polypes du rectum :

1° Les polypes muqueux;

2° Les polypes fibreux.

1° Les *polypes muqueux* sont les polypes de l'enfant, ils sont formés de vaisseaux, de glandes et de tissu conjonctif; ce ne sont pas des myxomes; ils diffèrent donc totalement des polypes muqueux des fosses nasales.

Gosselin en distingue plusieurs espèces différentes : *a.* Les *polypes folliculaires*, mous, granuleux, paraissent criblés de petits pertuis, parfois même de véritables lacunes semblables à celles de la surface de l'amygdale (Nélaton); ces polypes sont constitués par des glandes en tube hypertrophiées dont les culs-de-sac sont multipliés, dilatés, remplis d'épithélium cylindrique et d'un liquide visqueux, parfois même par de véritables kystes. — Nélaton avait le premier soupçonné cette structure, confirmée depuis par Robin, Verneuil, Cornil et Ranvier.

*b.* Les *polypes charnus ou sarcomateux*, plus fermes, plus lisses, plus vasculaires, sont composés d'une trame celluleuse renfermant de la matière fibro-plastique, des cellules embryonnaires et des corps fusiformes. Les capillaires veineux y sont très dilatés. Ces polypes diminuent de volume d'une façon notable après leur ablation, ce qui tient à leur vascularité. — Enfin, on y trouve quelques glandes et un revêtement épithélial cylindrique. Allingham enseigne que ce revêtement épithélial est le plus souvent pavimenteux.

*c.* Les *polypes papillaires* sont des tumeurs lobulées, granuleuses, molles, d'un rouge violacé, pourvues d'un large pédicule et composées d'un stroma conjonctif, servant de support à de nombreuses papilles tapissées de cellules cylindriques.

Duplay classe cette variété parmi les polypes fibreux.

Peut-être faut-il en rapprocher les tumeurs vilieuses, *villous tumors* des Anglais, masses lobulées à pédicule court et épais que l'on rencontre surtout chez l'adulte et le vieillard.

*d.* Les *polypes muqueux proprement dits*, de Forget, où les éléments de la muqueuse sont en proportion normale, constituent une variété rare.

2° Les *polypes fibreux*, plus rares encore, sont plus fermes, plus pâles que les polypes muqueux et tapissés par une muqueuse amincie et peu adhérente. Ces polypes coïncidant assez fréquemment avec les hémorroïdes internes, ne sont peut-être pas autre chose qu'une hémorroïde indurée, au moins dans certains cas (Gosselin).

Leur structure est plutôt celle des corps fibreux; Malassez a signalé dans un cas de polype du rectum la présence de fibres musculaires lisses; Billroth en a vu un autre formé de fibres élastiques.

La tumeur semble, dans ces certains cas fort rares, avoir pris naissance hors des parois rectales, dont elle s'est coiffée pour faire saillie dans le rectum; on a observé que parfois le pédicule était dans ces cas exceptionnels accompagné d'un prolongement péritonéal.

**Symptomatologie.** — Les polypes du rectum peuvent passer inaperçus pendant longtemps; lorsque les symptômes fonctionnels auxquels ils donnent lieu sont peu accentués, il est difficile de les reconnaître. — Des démangeaisons, de la pesanteur anale, des envies fréquentes d'aller à la selle, un peu de ténésme, ne sont pas toujours des symptômes suffisants pour attirer l'attention au moins au début; plus tard ils deviennent ordinairement assez intenses, assez douloureux pour provoquer un examen plus complet.

Quelquefois cependant les polypes se traduisent par des troubles plus importants : ce sont des selles muqueuses, teintées de sang, comparables à de la gelée de groseille (Gross), ou encore des rectorrhagies, assez abondantes pour anémier profondément le malade. Aucune autre cause ne peut provoquer chez l'enfant des hémorrhagies aussi importantes, et leur valeur séméiologique devient alors considérable.

L'aplatissement médian ou latéral du bol fécal n'a pas la valeur que lui avait attribuée Guersant.

Le plus souvent, le diagnostic ne se fait que parce que le polype sort par le fondement au moment de la défécation; on perçoit alors ses caractères physiques.

La tumeur est ou bien molle, peu volumineuse, vasculaire, c'est le polype muqueux, le polype ordinaire chez l'enfant; ou bien dure, fibreuse, présentant au moins le volume d'une noix : c'est le polype fibreux.

La tumeur villeuse est très rare, au dire d'Allingham; elle fournit la sensation d'une masse charnue, lobulée, munie d'un pédicule plu-

tôt aplati qu'arrondi. Elle n'est pas douloureuse, ne récidive pas, ne donne pas lieu à des hémorrhagies graves. Allingham insiste sur un écoulement très abondant de matières glaireuses semblables à de l'albumine non cuite; 2 fois sur 4 ces tumeurs ont été rencontrées chez des femmes âgées.

Le toucher rectal permettra d'apprécier la situation et l'épaisseur du pédicule.

La réduction s'opère en général d'elle-même; cependant, à la longue, l'issue se fait plus facilement, au moindre effort, et le polype saigne au contact des vêtements.

Il n'est pas rare de voir le polype du rectum se compliquer de fissure à l'anus et de prolapsus de la muqueuse. — Allingham parle même d'abcès de la marge de l'anus à la suite de polypes fibreux : d'après lui, la coexistence d'hémorroïdes ou d'autres affections serait rarement observée.

**Marche.** — Chez l'enfant, sous l'influence des efforts d'expulsion que provoque le polype, son pédicule s'allonge, s'amincit jusqu'à se rompre, et l'expulsion spontanée est une terminaison fréquente. Chez l'adulte, au contraire, ce mode de terminaison est plus rare. — On a indiqué la possibilité de l'atrophie spontanée du polype.

**Diagnostic.** — Si le polype fait saillie par le fondement, le diagnostic n'est guère difficile; il ne nous paraît pas possible de confondre un polype, dont le toucher rectal aura indiqué le pédicule, avec un prolapsus ou des hémorroïdes procidentes. Dans le prolapsus, la tumeur offre un volume plus considérable, un orifice central par lequel on pénètre dans le rectum; dans la tumeur hémorroïdaire, la masse est rarement unique, elle ne possède pas un pédicule net et se réduit presque toujours sur place par compression, ce qui n'a pas lieu pour le polype.

Les tumeurs malignes ne présentent pour ainsi dire jamais un pédicule aussi mince que les polypes.

Le diagnostic est, par contre, plus délicat, si le polype ne fait pas saillie au dehors; les troubles fonctionnels indiqués plus haut doivent éveiller l'attention et faire pratiquer l'examen du rectum. On administre un lavement pour provoquer l'issue de la tumeur; on engage le malade à pousser pour l'amener au dehors, enfin on pratique le toucher rectal explorant la paroi de haut en bas, se souvenant que le polype siège rarement bien haut dans le rectum. Ces diverses

explorations permettront en outre d'indiquer à quelle variété on a affaire, quels sont le siège, la vascularité et le mode d'implantation de la tumeur.

**Pronostic.** — Ce n'est pas une affection grave; la tumeur enlevée ne récidive pas. On a cependant cité des exemples contraires à cette règle (Enaux).

**Traitement.** — L'ablation d'un polype du rectum peut être effectuée de bien des manières : chez l'enfant, l'arrachement, surtout combiné à la torsion du pédicule, constitue une excellente méthode; il en est de même de la ligature simple ou élastique. — La vascularité que présentent certaines de ces tumeurs doit faire rejeter l'ex-cision.

S'il s'agissait de pédicules un peu volumineux présentant des battements, on aurait recours soit à l'écraseur linéaire, soit à l'emploi du clamp, suivi de cautérisation, suivant la méthode fréquemment employée par Allingham; on a encore conseillé la cautérisation, pratiquée soit au moyen des pinces porte-caustique d'Amussat, soit plus simplement avec le galvano-cautère.

## CHAPITRE VI

### PROLAPSUS DU RECTUM

**Définition.** — Avec Gosselin, nous définirons le *prolapsus du rectum* : toute issue par l'anus d'une partie plus ou moins étendue d'intestin.

**Synonymie.** — *Chute, procidence, invagination.*

**Division.** — Cette définition groupe dans un seul cadre pathologique des états assez différents.

La première forme est représentée par le renversement, la *procidence* de la muqueuse rectale seule.

La deuxième forme, degré plus avancé de la précédente, est le retournement de toutes les tuniques du rectum à partir de l'anus; c'est la *chute du rectum* proprement dite.

La troisième comprend les *invaginations* du rectum.

**Étiologie et pathogénie.** — Le prolapsus du rectum est une

affection rare; la statistique d'Allingham nous donne la proportion de 1 sur 75 malades du rectum.

C'est surtout une maladie de l'enfance.

Plusieurs raisons anatomiques ont été invoquées pour expliquer cette plus grande fréquence. Chez l'enfant, le bassin est petit, la masse intestinale, qui pèse sur le petit bassin, relativement considérable, le sacrum peu incurvé, et le rectum, lui aussi, sensiblement rectiligne.

Giraldès insistait encore sur la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux; mais Duchaussoy semble avoir pris l'effet pour la cause quand il parle de la faiblesse des sphincters; en réalité, à cet âge, les sphincters sont très résistants chez un enfant bien portant.

D'autres motifs physiologiques et pathologiques ont été mis en avant; ce sont : la détestable habitude qu'on a parfois de laisser les enfants trop longtemps sur le vase de nuit, les efforts déterminés par la constipation, les calculs vésicaux, les ascariides, les diarrhées chroniques persistantes, les polypes du rectum, le phimosis (Allingham), les adhérences préputiales (Bryant), la coexistence d'un rétrécissement congénital du rectum à sa jonction avec l'S iliaque (Eug. Bœckel). Tout cela se résume en deux mots : toutes les affections qui provoquent des efforts expulsifs répétés.

Chez l'adulte, l'affection est plus rare; les causes sont peu différentes, diarrhée, dysentérie chronique, abus de drastiques (Smith) et des lavements, hémorrhoides, polypes, tumeurs du rectum. — Chez la femme, il faut y ajouter l'influence des grossesses répétées, des tumeurs du petit bassin, et noter dans un certain nombre de circonstances la coexistence d'un prolapsus utérin. Les habitudes honteuses de la pédérasie passive doivent également être incriminées dans quelques circonstances.

Chez le vieillard, aux causes précédentes s'ajoutent les efforts expulsifs provoqués par une difficulté quelconque de la miction : calculs, hypertrophie prostatique, rétrécissements de l'urèthre, ou encore par la toux répétée de certaines bronchites chroniques. L'atonie des tissus entre également pour une part importante.

**Pathogénie et mécanisme.** — En résumé, ce qui frappe dans cette étiologie, ce qu'on y retrouve à chaque pas, c'est le rôle de l'effort expulsif, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et chez le vieillard; certaines conditions anatomiques favorisent, il est vrai, cette