

Dans certains cas, le mouvement fluxionnaire est assez énergique et la distension assez grande pour amener, même en dehors de toute défécation, la rupture de la tumeur et un petit écoulement sanguin. Mais cette terminaison est rare; plus souvent le mouvement fluxionnaire détermine l'inflammation de la tumeur variqueuse, qui devient alors dure et très douloureuse dans les mouvements et la marche; c'est surtout dans ces cas qu'on observe du ténesme vésical ou anal.

Cette inflammation se termine au bout de six ou dix jours par résolution; mais on conçoit qu'elle ait parfois pour effet d'oblitérer les varices anales, de les isoler de leurs aboutissants vasculaires et de les transformer en ces prolongements cutanés, desséchés et flétris, auxquels les auteurs anciens ont donné le nom de *marisques*.

La suppuration des hémorroïdes est très rare; mais, quelque exceptionnelle qu'elle soit, il faut savoir qu'elle peut se compliquer de l'inflammation du tissu cellulaire voisin et être l'origine d'une petite fistule anale sous-cutanée. L'infection purulente n'a jamais été observée dans ces conditions.

Une terminaison plus fréquente de l'inflammation des hémorroïdes externes est l'induration de la tumeur, qui se présente alors sous la forme d'une excroissance œdémateuse, indolente et rosée. Les frottements auxquels elle est soumise, lorsque le malade marche ou veut s'asseoir, les excoriations qui naissent à sa surface, sont quelquefois l'origine de douleurs assez vives, surtout au moment de la défécation. Ces gerçures peuvent même devenir le point de départ de spasmes analogues à ceux de la fissure à l'anus.

Les hémorroïdes indurées s'accompagnent aussi assez souvent d'érythèmes ou d'eczémas, qui entretiennent une humidité constante dans la rainure interfessière et sont l'origine de démangeaisons parfois insupportables.

B. *Hémorroïdes internes*. — Nous aurons à examiner successivement les symptômes fournis par les hémorroïdes qui restent continuellement cachées dans le rectum ou qui n'en sortent que momentanément, et ceux qui sont la conséquence de la procidence plus ou moins permanente des tumeurs variqueuses à travers l'anus.

a. *Hémorroïdes internes non procidentes*. — Lorsque les hémorroïdes internes restent au-dessus du sphincter, elles sont souvent si peu douloureuses, qu'elles peuvent passer inaperçues du malade; mais souvent aussi leur turgescence occasionne une sensation de pesanteur, de plénitude ou de gêne vers l'anus, qui peut revêtir les caractères d'une véritable douleur irradiant dans les différents organes du petit bassin. Ces phénomènes s'accusent principalement au moment de la défécation, puis, après une durée de deux ou trois jours, ils disparaissent, tantôt sans cause appréciable, tantôt seulement après un léger écoulement de sang. Cette perte sanguine survient fréquemment à l'occasion de la défécation; mais elle peut se montrer en dehors de cet acte, par rupture spon-

tanée des varices rectales. Enfin, parfois le sang s'accumule dans le rectum, et parfois n'est rendu que quand il est en quantité suffisante pour faire naître le besoin d'aller à la selle.

Une fois la crise passée, tout rentre dans l'ordre et le malade est tranquille pour un certain temps; mais comme le caractère propre à ce mouvement fluxionnaire est la tendance à la récurrence, il est habituel de le voir se reproduire à époques plus ou moins rapprochées, suivant les individus et suivant aussi le plus ou moins de précautions hygiéniques qu'ils prennent pour éviter le retour de ces crises. On constate même parfois l'existence d'une certaine périodicité dans le retour de ces crises hémorroïdales et de l'hémorrhagie dont elles sont la cause.

Le toucher rectal, dans les cas d'hémorroïdes non procidentes, n'apprend généralement pas grand'chose au chirurgien. Après le flux sanguin, la tumeur hémorroïdale reprend généralement ses caractères de flaccidité, et il faudrait avoir un tact bien exercé pour constater avec le doigt les exulcérations qui ont permis au sang de s'échapper à l'extérieur. Cependant, si l'on tenait à constater *de visu* les lésions, on pourrait peut-être y arriver en attirant la muqueuse rectale à l'extérieur, avec le doigt introduit dans le rectum, ou en faisant exécuter au malade des efforts de défécation, ayant pour résultat d'amener un certain degré de prolapsus de cette membrane. Mais mieux vaudrait se servir d'un petit ballon, qui, introduit dégonflé dans le rectum et distendu sur place, serait attiré en bas et entraînerait au dehors l'extrémité inférieure de la muqueuse rectale. L'endoscope de Désormeaux pourrait également être utile à ce genre de diagnostic.

C. *Hémorroïdes internes procidentes*. — Ces hémorroïdes ont commencé par être intrarectales; mais, sous l'influence d'un mouvement fluxionnaire plus intense ou du passage d'un bol fécal volumineux, elles ont été entraînées à l'extérieur et s'y montrent sous forme d'une tumeur molle, lisse et arrondie, ou d'un bourrelet plus ou moins volumineux.

Parfois ces hémorroïdes procidentes rentrent d'elles-mêmes ou au moyen d'une légère pression. Elles sont alors dites *réductibles*; d'autres fois, au contraire, en raison de leur volume, ou des phénomènes de contracture qu'elles déterminent au niveau du sphincter, elles deviennent *irréductibles*, et l'origine d'accidents particuliers que nous aurons soin d'examiner.

Les *hémorroïdes procidentes réductibles* ne constituent souvent qu'une légère infirmité et rentrent sous l'influence de pressions légères; tout au plus donnent-elles lieu à une certaine gêne dans la défécation et parfois à de légers écoulements sanguins. Chez quelques sujets, le prolapsus hémorroïdal se produit avec une telle facilité qu'il peut survenir non-seulement à l'occasion de la défécation, mais aussi sous l'influence du moindre effort et de la marche. Ce phénomène est surtout fréquent chez les vieillards et chez les sujets affaiblis par des hémorrhagies

répétées; il tient généralement à un certain degré de paralysie du sphincter. Le prolapsus se réduit avec une assez grande facilité.

A un degré plus avancé, alors que la tumeur, plus volumineuse, tendue, rouge ou violacée, oppose à la réduction une résistance plus considérable, le malade accuse une sensation désagréable de trop-plein dans le rectum; il éprouve des faux besoins d'aller à la selle, du ténésme vésical; quelquefois même des douleurs vives, cuisantes, que le moindre contact ou les mouvements exaspèrent.

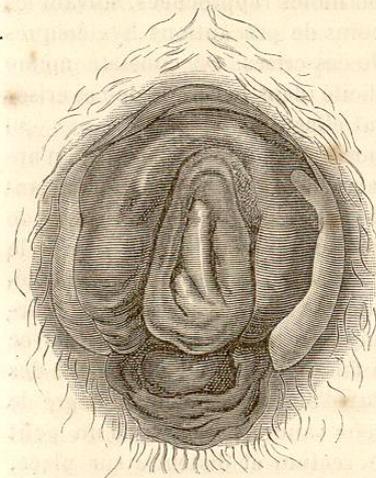


Fig. 88. — Hémorroïdes internes avec prolapsus de la muqueuse rectale.

Dans ces cas, il peut même arriver que les phénomènes douloureux persistent après la réduction pendant un temps assez long, ce qui est généralement dû à l'existence d'érosions superficielles.

La réduction se fait parfois spontanément, sans être précédée d'aucun écoulement sanguin; plus souvent la rentrée de la tumeur dans le rectum succède à une légère hémorragie. Cette perte sanguine, qui n'est quelquefois que la simple conséquence de l'énergie du mouvement fluxionnaire, est plus souvent occasionnée, soit par le passage d'un bol

fécal, dur et volumineux, soit par la rupture de la varice sous l'influence des efforts nécessités par la défécation. Quoi qu'il en soit du mécanisme, on voit survenir immédiatement après la perte sanguine et la rentrée des hémorroïdes dans le rectum, une détente considérable dans les symptômes généraux et la sédation des phénomènes douloureux.

La quantité de sang rendue varie généralement entre une demi-cuillerée et un verre ou deux. Renfermée dans ces limites, l'hémorragie est sans grands inconvénients; mais lorsqu'elle prend des proportions plus considérables ou qu'elle se répète fréquemment, elle peut finir par altérer progressivement la santé du malade, qui s'affaiblit peu à peu et finit par présenter tous les symptômes de l'anémie la plus grave.

Dans quelques cas, la fluxion hémorroïdaire poussée encore plus loin peut rendre momentanément impossible la réduction des hémorroïdes procidentes, et l'on doit attendre plusieurs heures avant de voir le bourrelet reprendre sa place dans le rectum, spontanément ou à l'aide de manœuvres de réduction.

En même temps que les hémorroïdes internes, on observe fréquemment une congestion simultanée des hémorroïdes externes. En examinant la région anale, on trouve alors deux bourrelets hémorroïdaux concentriques, l'un extérieur: formé par les hémorroïdes externes, d'une

couleur rosée; l'autre central, formé par deux ou trois bosselures arrondies, d'un rouge foncé ou violacé, à surface douce, lisse et recouverte de mucosités, et qui est dû à la procidence des hémorroïdes internes.

Quand les hémorroïdes internes durent depuis longtemps, elles finissent fréquemment par irriter la muqueuse rectale. Cette irritation se traduit par la sécrétion et l'issue au dehors de l'anus de mucosités plus ou moins abondantes que les anciens avaient désignées sous le nom d'hémorroïdes blanches.

L'irréductibilité peut se montrer dès le premier prolapsus des hémorroïdes internes; mais plus souvent ce n'est qu'après que les tumeurs ont déjà fait saillie à l'extérieur à plusieurs reprises, qu'elles finissent par ne plus pouvoir rentrer spontanément dans le rectum.

Les malades éprouvent alors des souffrances atroces qu'ils comparent à des sensations de déchirure ou de brûlure excessivement vives. Les douleurs s'exagèrent encore la nuit; aucune position ne peut être gardée, et le moindre contact, les moindres mouvements, sont le point de départ d'une nouvelle exacerbation. Les topiques chauds, les topiques froids, sont vainement employés pour calmer cette torture. Il s'y ajoute de l'anorexie, une constipation opiniâtre et du ténésme anal; les malades ont des besoins illusoire d'aller à la selle, ce qui ajoute un tourment de plus à leur situation, car les efforts sont l'occasion de nouvelles recrudescences. Souvent l'abdomen est tendu, ballonné et douloureux; les besoins d'uriner ne peuvent également être satisfaits qu'au prix des plus vives douleurs. Cependant, au milieu de ces phénomènes graves, le pouls reste ordinairement peu élevé et la température presque normale.

Si l'on examine alors la région anale, on y trouve des tumeurs volumineuses, tendues, constituées généralement par les deux bourrelets concentriques que nous avons décrits; l'extérieur formé par les hémorroïdes externes, le central par les hémorroïdes internes. Ces dernières, bosselées ou lobulées, présentent une coloration violacée ou noirâtre sur laquelle se découpent parfois des taches blanchâtres ou grises, qui annoncent l'imminence du sphacèle. Les téguments qui avoisinent l'anus sont eux-mêmes tendus, rouges et douloureux.

Qu'arrive-t-il alors? Tantôt l'hémorroïde se crève et donne issue, avant qu'il y ait sphacèle, à une quantité plus ou moins considérable de sang qui soulage le malade et permet quelquefois à la tumeur de reprendre sa place dans le rectum; tantôt la partie étranglée est frappée de gangrène, partiellement ou dans sa totalité. Dans ce cas la tumeur s'affaisse, les eschares s'éliminent et les ulcérations qui en résultent, en se cicatrisant, amènent la disparition définitive du prolapsus; le malade va à la garde-robe sans que les hémorroïdes sortent de nouveau. Il est guéri, à moins cependant que la gangrène ayant emporté totalement et circulairement à l'anus tout un bourrelet hémorroïdal, il en résulte un anneau cicatriciel qui, par sa rétraction, se transforme en un véritable rétrécissement.

Telles sont les deux terminaisons les plus habituelles du prolapsus hémorroïdal irréductible. Cependant, il arrive parfois que l'inflammation, insuffisante pour produire la gangrène de la tumeur, soit assez vive pour en amener la suppuration. Le pus se forme, soit dans le calibre même des veines enflammées, et l'infection purulente peut en être le résultat; soit dans les parties voisines, tissu cellulaire et bourses séreuses accidentelles; et il en résulte des fusées purulentes, des décollements, qui fréquemment sont l'origine de fistules anales.

Enfin, quelquefois l'inflammation se termine par induration, c'est-à-dire par son passage à l'état chronique. Cette terminaison, très-rare pour les hémorroïdes internes, est souvent la cause de cet écoulement de mucosités blanchâtres désigné sous le nom d'*hémorroïdes blanches*.

DIAGNOSTIC. — Les hémorroïdes *externes*, lorsqu'elles sont congestionnées, sont faciles à reconnaître. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes indurées ou d'hémorroïdes à l'état d'affaissement et de flaccidité. Elles pourraient alors être confondues avec des condylomes; mais ceux-ci, outre qu'ils siègent le plus souvent à la partie postérieure de l'anus, sont généralement aplatis et présentent une surface plus ou moins rugueuse, due à l'hypertrophie du derme. Dans l'hémorroïde, au contraire, la peau a conservé généralement son épaisseur et sa consistance normales.

Les hémorroïdes *internes*, lorsqu'elles ne sont pas procidentes, pourraient donner lieu à quelques erreurs. On devra chercher à les rendre apparentes en administrant un lavement au malade, de manière à provoquer des efforts de défécation qui auront vraisemblablement pour résultat d'entraîner les hémorroïdes à l'extérieur. Il deviendra alors bien difficile de les confondre avec les *polypes*, qui, outre qu'ils se rencontrent le plus souvent chez les enfants, se montrent sous forme de tumeurs pleines, rosées, blanchâtres, bien pédiculées, et donnent au doigt une sensation de dureté relative.

On ne confondra pas non plus les hémorroïdes internes avec le *cancer du rectum* ou le *cancroïde de l'anus*. Ces dégénérescences forment des tumeurs dures, irrégulièrement ulcérées, sécrétant un liquide ichoreux, très-fétide et s'accompagnant quelquefois de tous les signes de la cachexie cancéreuse.

Le *prolapsus de la muqueuse* rectale est généralement facile à distinguer des hémorroïdes internes, par le bourrelet continu qu'il forme autour de l'anus. Il est également aisé de s'assurer si les deux affections existent concurremment.

Mais il ne suffit pas d'être certain qu'on a affaire à des hémorroïdes, il faut encore rechercher si elles ne sont pas passives, c'est-à-dire si elles ne sont pas sous la dépendance d'une tumeur abdominale ou d'une altération viscérale mettant obstacle à la circulation veineuse du rectum. Le palper abdominal, l'exploration du foie et de la rate, la per-

cussion et l'auscultation des poumons et du cœur, le toucher rectal chez l'homme, vaginal et rectal chez la femme, permettront de décider cette question.

PRONOSTIC. — Les hémorroïdes, et surtout les hémorroïdes externes, ne peuvent pas, d'une manière générale, être considérées comme une affection grave, car le plus souvent elles ne constituent qu'une incommodité plus ou moins gênante, mais qui ne compromet pas l'existence. Les auteurs anciens considéraient même les hémorroïdes comme un émonctoire salutaire, capable de préserver les individus qui en sont atteints de maladies diverses. Cette opinion, combattue avec raison par plusieurs chirurgiens modernes, présente cependant un fonds de vérité; car on ne peut nier que des hémoptysies, des attaques d'apoplexie, ont été enrayées par l'apparition d'un flux hémorroïdaire. On ne peut nier non plus la relation qui existe entre la constitution d'un sujet et la fluxion hémorroïdaire: car on sait combien les hémorroïdes sont fréquentes chez les goutteux, les asthmatiques, les emphysemateux et les cardiopathes; et combien souvent, quel que soit du reste le rapport qui existe entre la diathèse urique et les manifestations hémorroïdaires, l'apparition d'un flux hémorroïdal amène chez les malades un soulagement et une dérivation à leurs souffrances. Aussi est-il nécessaire, dans certains cas, non-seulement de respecter, mais quelquefois même d'établir ou simplement de rappeler la fluxion hémorroïdaire.

En somme, les hémorroïdes sont surtout fâcheuses par les accidents d'hémorrhagie ou d'étranglement auxquels elles exposent les malades,

TRAITEMENT. — Il fut un temps où l'on s'abstenait complètement de traiter les hémorroïdes, parce qu'on les considérait comme un émonctoire naturel pour l'élimination des prétendues humeurs nocives à l'organisme; mais actuellement il n'en est plus de même, et, tout en reconnaissant que, dans quelques circonstances, les hémorroïdes peuvent maintenir l'équilibre circulatoire et détourner certaines congestions viscérales, on admet que souvent aussi elles constituent une affection fâcheuse qui réclame toute l'attention du médecin et du chirurgien. Tel est le cas lorsque les tumeurs hémorroïdales sont l'occasion d'hémorrhagies abondantes et fréquentes, lorsqu'elles sont étranglées, ou lorsque, trop volumineuses, elles gênent l'exercice de certaines fonctions. Dans ces cas un traitement curatif devient indispensable.

Quant aux moyens à mettre en œuvre, il est évident qu'ils varieront suivant les circonstances, et que le même traitement ne peut convenir à tous les cas. Nous devons en particulier nettement séparer, au point de vue thérapeutique, les hémorroïdes *symptomatiques* ou *passives*, des hémorroïdes *idiopathiques* ou *actives*.

A. *Hémorroïdes symptomatiques*. — S'attaquer aux hémorroïdes d'origine passive sans s'occuper de l'affection causale, serait souvent une conduite dangereuse, ou tout au moins d'une utilité très-contestable.

Aussi, chez les malades affectés de rétrécissement du rectum, chez ceux qui sont atteints d'une maladie uréthro-prostatique, d'un calcul de la vessie, etc., est-il évident que c'est contre ces affections initiales qu'il faudra diriger le principal effort de la médication, si l'on veut faire disparaître la turgescence habituelle des veines hémorroïdales.

De même, dans le cours de la grossesse ou chez les femmes affectées d'antéversion ou plus souvent de rétroversion de l'utérus, une opération pratiquée sur les hémorroïdes concomitantes ne pourra donner que des désappointements ou même des accidents. Il faudra chercher à remettre l'utérus dans sa position normale, dans les cas de déviation utérine, attendre la fin de la gestation si la grossesse est la cause des varices rectales. L'on verra bientôt alors les hémorroïdes se transformer en une affection à peu près insignifiante.

D'une manière générale, les affections viscérales qui gênent la circulation intestinale sont une contre-indication formelle à toute opération d'hémorroïdes. En effet, que peut-on espérer d'une opération qui porte sur des tumeurs hémorroïdales symptomatiques d'affections hépatiques, rénales, cardiaques ou pulmonaires? En pareil cas, la seule thérapeutique rationnelle doit être dirigée contre l'affection viscérale qui tient sous sa dépendance les hémorroïdes. Il est vrai que le plus souvent cette indication ne peut être que très-imparfaitement remplie, en raison même de la nature de la lésion viscérale; cependant, dans certains cas de congestions hépatiques et spléniques, surtout d'origine paludéenne, on a pu guérir les hémorroïdes concomitantes par l'usage combiné du sulfate de quinine et de l'hydrothérapie. Si l'on ne peut agir sur la cause viscérale des hémorroïdes, on devra s'en tenir à l'ensemble des moyens palliatifs que nous examinerons dans un instant, à propos des hémorroïdes idiopathiques.

B. *Hémorroïdes idiopathiques.* — a. *Hémorroïdes externes.* — Il est assez rare qu'on ait l'occasion d'intervenir pour les hémorroïdes externes, lorsqu'elles ne sont pas compliquées d'hémorroïdes internes. Flasques, molles et indolentes, elles ne réclament aucun traitement, et du reste les malades ne viennent guère demander les secours de l'art pour une affection qui n'est pour eux qu'une légère incommodité et qu'ils considèrent même souvent comme une condition de santé.

Il n'y a de même rien à faire lorsque les hémorroïdes externes sont sèches, indurées, semblables à des verrues. On ne serait en droit de les exciser que si, irritées ou excoriées par le frottement de la marche, elles formaient une saillie douloureuse, gênante, ou si elles devenaient un sujet d'inquiétude continuelle pour le malade. Dans ces cas, on pourrait pratiquer l'excision avec d'autant plus de sécurité, que dans cette variété d'hémorroïdes, les veines ayant disparu, la phlébite n'est nullement à craindre.

Lorsque les hémorroïdes externes sont légèrement turgescents, il suffit généralement, pour calmer la douleur, les démangeaisons et la

gêne qu'elles entraînent, de prescrire au malade un repos relatif et un régime frugal, traitement auquel on pourra ajouter des bains tièdes, des applications froides, ou mieux des lavages répétés à l'eau tiède sur la région anale; l'ensemble de ces moyens amène généralement une sédation assez prompte des phénomènes douloureux. Allingham conseille en outre des applications de glycérine et d'acide tannique, ou d'une pommade au calomel.

Si les tumeurs hémorroïdales viennent à s'enflammer et que les symptômes douloureux prennent une intensité plus considérable, le repos au lit, l'application de linges mouillés d'eau froide, les cataplasmes de fécule, les bains de siège froids ou tièdes, seront les moyens les plus efficaces à employer. Quelques médecins conseillent en pareil cas d'enduire les parties tuméfiées d'un mélange d'extrait de belladone et d'extrait d'opium en parties égales, et de recouvrir le tout d'un cataplasme chaud.

Je me borne à mentionner le moyen qui consiste à appliquer des sangsues sur les hémorroïdes enflammées. Cette pratique, qui a été conseillée par Récamier, est presque généralement abandonnée, parce qu'elle détermine des douleurs excessivement vives et peut être accusée d'exagérer les phénomènes inflammatoires. Si l'on croyait encore devoir y avoir recours, il faudrait appliquer les sangsues, non plus sur les hémorroïdes elles-mêmes, mais au pourtour de l'anus, à une certaine distance des tumeurs.

Lorsque les hémorroïdes externes s'enflamment, elles deviennent excessivement douloureuses. On a proposé, dans ces cas, d'exciser les excroissances cutanées qui sont enflammées et de ponctionner ou d'inciser plus ou moins largement les tumeurs sanguines. Suivant Allingham, cette petite opération n'entraîne aucun danger si elle est faite convenablement. On saisit la tumeur entre le pouce et l'index, on traverse sa base avec un bistouri, puis on sectionne une des moitiés, tandis qu'une pression latérale chasse le caillot sanguin. On place une mèche de coton au fond du sac, et l'opération est terminée. L'incision doit être faite de préférence dans la direction des plis radiés de l'anus, de manière à rendre plus facile la rétraction de la peau.

Il est évident que dans les cas où l'inflammation arrive à la suppuration, il devient de toute nécessité de donner par l'incision une large issue au pus.

En cas de gangrène de la tumeur hémorroïdale, on se bornera à faciliter l'élimination des eschares.

A côté de ces moyens, applicables au traitement des hémorroïdes pendant leur turgescence, il est nécessaire que le malade suive dans l'intervalle des crises douloureuses un régime de vie qui prévienne autant que possible les récurrences auxquelles il est exposé. D'une manière générale, le régime doit être frugal; l'alimentation sera surtout végétale; le malade évitera autant que possible les mets épicés et usera très-moderément de toutes les boissons excitantes: café, vin, bière, liqueurs; il

devra laver la région anale matin et soir à l'eau froide, entretenir la liberté du ventre.

b. *Hémorroïdes internes*. — Lorsque les hémorroïdes internes restent intrarectales ou se réduisent spontanément aussitôt après la défécation, elles ne donnent lieu à aucune indication spéciale et ne réclament pas d'autre traitement que les moyens médicaux et le régime que nous avons indiqués à propos des hémorroïdes externes congestionnées. Cependant, si le malade a de la difficulté pour aller à la garderobe, il deviendra utile de vider l'intestin au moyen de lavements et de conseiller l'usage journalier d'une petite dose de magnésie ou de rhubarbe.

Lorsque les hémorroïdes internes, quoiqu'elles ne soient pas apparentes à l'extérieur, donnent lieu à un flux sanguin qui n'est que peu abondant, on peut s'en tenir à l'expectation, car, généralement, une fois que l'écoulement sanguin a apparu, le malade se sent soulagé et tout rentre dans l'ordre. Il en est de même lorsque le flux hémorroïdaire paraît manifestement lié à un état pléthorique. Ce ne serait que dans les cas où la perte sanguine prendrait des proportions inquiétantes qu'il serait indiqué de chercher à la modérer par l'usage de boissons froides, de bains de siège et de lavements froids, aidés par le repos dans la position horizontale. Quelques médecins conseillent également, dans ces cas, des injections avec une solution étendue de perchlorure de fer ou avec de l'eau de Pagliari.

Si, malgré ces moyens, l'hémorragie continue et menace de devenir dangereuse, le chirurgien ne doit pas hésiter à recourir de suite au tamponnement du rectum. On pourrait, en pareil cas, employer le procédé préconisé par Allingham, et que nous avons décrit à l'occasion des plaies du rectum.

Le tamponnement du rectum nous paraît préférable à la cautérisation au fer rouge des tumeurs et de la muqueuse rectale conseillée par quelques chirurgiens, et qui peut amener de graves désordres.

On voit parfois, chez les malades arthritiques, la fluxion hémorroïdaire cesser subitement et être remplacée par d'autres accidents, tels qu'une hémoptysie, une attaque de goutte ou de rhumatisme, ou encore par l'apparition d'éruptions diverses. Dans ces circonstances, le chirurgien doit chercher à rappeler le flux hémorroïdaire. Pour arriver à ce résultat, divers moyens ont été proposés, tels que les fomentations et les bains de siège chauds, les ventouses, les sangsues à l'anus, les suppositoires stibiés. Trousseau préconise l'emploi de l'aloès à la dose de 10 à 30 centigrammes par jour. D'après l'éminent médecin, si ce médicament n'est pas capable de créer de toutes pièces des hémorroïdes chez les individus qui en sont indemnes, il pourrait du moins déterminer le flux hémorroïdaire chez ceux qui sont sujets à la congestion plus ou moins périodique de leurs varices rectales.

Lorsque les hémorroïdes sont *procidentes*, mais *réductibles*, qu'elles sont peu douloureuses et qu'elles ne saignent pas d'une manière inquié-

tante, le traitement consistera à les réduire aussitôt qu'elles auront franchi l'anus et à conseiller l'ensemble des moyens palliatifs dont nous avons parlé plus haut. Le plus souvent le malade pourra opérer cette réduction lui-même. Si l'on éprouve quelque peine à l'obtenir, on la facilitera par l'application de compresses trempées dans l'eau froide et disposées autour de l'anus. Le meilleur auxiliaire de la réduction, c'est le repos dans la position horizontale; mais, malgré tout, cette réduction peut devenir difficile et réclamer un taxis méthodique. Allingham conseille de placer le malade sur le ventre, le siège soutenu par trois ou quatre coussins, de manière à relever les hanches et à mettre la masse intestinale dans une position déclive relativement au rectum. Exerçant alors sur la tumeur, enduite d'un corps gras, une pression douce et persévérante, on arrive à vider les hémorroïdes de leur trop-plein de sang et à leur faire reprendre leur place au-dessus du sphincter. En cas d'échec, il est bon de placer une vessie de glace sur les parties et de recommencer au bout d'une ou deux heures les mêmes manœuvres.

Si les moyens que nous venons d'exposer sont suffisants, dans certains cas, pour amener et rendre supportables les hémorroïdes, il est aussi certaines circonstances dans lesquelles les procidences deviennent si fréquentes ou d'une irréductibilité si prononcée, qu'en raison des crises douloureuses et des hémorragies sérieuses qu'elles entraînent, elles peuvent devenir d'un moment à l'autre la source d'un prochain et grave danger.

Dans ces conditions, une intervention chirurgicale est indiquée, et l'on peut avoir recours à divers procédés opératoires qui ont pour but de détruire plus ou moins complètement les tumeurs hémorroïdales. Mais avant de décrire ces diverses opérations, il importe de faire connaître une méthode thérapeutique d'origine toute récente, et qui, dans certains cas que nous aurons le soin de déterminer, peut rendre les plus grands services et remplacer avantageusement les divers procédés de destruction des hémorroïdes. Cette méthode, remarquable par sa simplicité, consiste dans la *dilatation forcée de l'anus*, pratiquée dans le but de faire cesser la contracture du sphincter qui, suivant quelques chirurgiens, joue un rôle capital dans la production des hémorroïdes, ou plutôt dans leur développement ultérieur et dans les accidents qui suivent leur procidence (étranglement, hémorragie, irréductibilité).

Fontan (de Lyon) (1), le premier, fit connaître d'une manière explicite les bons résultats que peut donner la dilatation forcée de l'anus dans la cure des hémorroïdes. Presque à la même époque, Verneuil, sans connaître les travaux de Fontan, inspira la thèse de son élève Cristofari (2), qui s'est efforcé de montrer le parti qu'on pouvait tirer de la dilatation du sphincter dans la cure des hémorroïdes.

(1) *Moniteur de thérapeutique*, 1875, et *Traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée*, Paris, 1877.

(2) Thèse de Paris, 1876.

Depuis, un mémoire de Wannebroucq (1) et les thèses de Fréd. Monod (2) et de Pauzat (3) sont venus s'ajouter aux documents que nous possédons pour juger cette nouvelle méthode de traitement.

La dilatation forcée de l'anus se pratique avec les doigts, comme nous l'avons déjà indiqué à propos de la fissure à l'anus, ou à l'aide d'instruments; mais la dilatation digitale est préférable à celle qu'on obtient au moyen d'un *speculum uteri*. Les doigts, en effet, donnent mieux qu'aucun instrument la notion exacte de la force à développer, proportionnellement à la résistance. Ils permettent aussi de se rendre compte des effets immédiats de la dilatation et de la faire porter sur les deux sphincters à la fois, l'externe et l'interne, condition *sine qua non* du succès.

Les suites de l'opération sont fort simples; les douleurs sont peu intenses et ne durent que quelques heures. Au dire de Fréd. Monod, les malades peuvent se lever dès le second jour et n'éprouvent qu'un peu de pesanteur à l'anus et de lassitude dans les membres inférieurs. Pendant quelques jours, le sphincter dilaté ne ferme pas complètement l'orifice anal et permet à la muqueuse rectale de faire procidence. Cet état n'est que passager; et au bout de trois ou quatre jours le sphincter reprend sa forme et sa tonicité, et la défécation s'opère sans difficulté et sans douleur. Parfois les malades éprouvent après l'opération un peu de dysurie, qui oblige à pratiquer le cathétérisme pendant quelques jours; d'autres fois on observe du catarrhe rectal qui se révèle par un écoulement muco-purulent à travers l'anus, et dont on se rend facilement maître au moyen de lavements émollients. Quant aux ecchymoses et aux abcès périanaux signalés dans quelques observations, ils ne se rencontrent que dans les cas où la dilatation a été pratiquée sans précaution et avec trop de brusquerie. Ces accidents sont donc imputables à l'opérateur et non à l'opération.

La dilatation forcée de l'anus, en faisant disparaître l'étranglement de la tumeur et l'hémorrhagie qui tend à se produire par sa distension exagérée, diminue en même temps la douleur qui accompagne les hémorrhoides étranglées et irréductibles. Mais la dilatation de l'anus ne supprime pas la procidence; celle-ci persiste encore plusieurs jours; et si elle finit par disparaître à son tour, peut-on croire que la méthode de traitement y soit pour quelque chose, quand on réfléchit que ce même phénomène se montre dans les cas d'hémorrhoides non traitées, par cessation spontanée de la congestion hémorrhoidaire? Peut-on conclure que les hémorrhoides sont guéries? Nous ne le croyons pas; car chacun sait avec quelle difficulté on constate l'existence des hémorrhoides en dehors de leurs époques de turgescence. Du reste, Fréd. Monod, dont la thèse résume tout ce qui a été écrit sur ce sujet, nous apprend que tou-

(1) *Bulletin médical du Nord*, n° 7 et 8, juillet et août 1877.

(2) Thèse de Paris, 1877, n° 246.

(3) Thèse de Paris, 1878, n° 115.

jours les malades ont été perdus de vue, dix, quinze jours, un mois au plus après l'opération, et que la certitude de la guérison définitive n'a pu encore être établie.

De tout ceci, il faut conclure que, si la dilatation de l'anus combat avantageusement certains accidents des hémorrhoides, elle constitue une méthode trop récente pour qu'on puisse assurer qu'elle met les malades à l'abri de la récurrence d'une affection aussi irrégulière dans sa marche que la maladie hémorrhoidaire.

Quelle que soit la valeur réelle de la méthode au point de vue de la guérison, quels sont les cas dans lesquels elle est surtout applicable? D'après Fréd. Monod, la dilatation forcée de l'anus est surtout indiquée dans les cas où les hémorrhagies, par leur quantité et leur durée, peuvent faire craindre pour la santé du malade. Elle est contre-indiquée, au contraire, lorsqu'on constate l'absence complète de contracture du sphincter et, par conséquent, dans les cas d'hémorrhoides externes non compliquées d'hémorrhoides internes. L'emploi de cette méthode doit encore être rejeté lorsqu'on a affaire à des tumeurs hémorrhoidales enflammées, à des hémorrhoides internes non procidentes, ou encore à des tumeurs fort anciennes, constamment procidentes, qui s'accompagnent d'un certain degré de paralysie du sphincter. Dans ces conditions, il faut de toute nécessité s'adresser à une opération qui s'attaque directement aux tumeurs hémorrhoidaires et ait pour résultat de les détruire.

Les procédés conseillés pour arriver à ce résultat sont nombreux; nous indiquerons l'*excision*, l'*écrasement linéaire*, la *ligature*, la *cautérisation simple ou combinée à l'excision*.

a. *Excision*. — Pratiquée à l'aide du bistouri ou des ciseaux, cette méthode, qui conviendrait tout au plus aux petites tumeurs hémorrhoidaires externes, doit être absolument repoussée pour les hémorrhoides internes, en raison du danger d'hémorrhagie, d'infection purulente.

b. L'extirpation des tumeurs hémorrhoidaires à l'aide de l'*écraseur linéaire* de Chassaignac a souvent fourni de bons résultats; elle peut être *totale* ou *partielle*.

Dans le premier cas, le chirurgien commence par pédiculiser la tumeur, préalablement attirée au dehors à l'aide d'une érigne, en l'entourant à sa base au moyen d'un fil fortement serré. Puis ce pédicule, rendu plus mince par les tractions que l'on exerce, est compris dans l'anse de l'écra-seur et coupé lentement, selon les règles particulières à l'emploi de cet instrument. Chassaignac croyait ainsi mettre les malades à l'abri de la pyohémie, de l'hémorrhagie et de la douleur.

Cette méthode fut, au début, très-favorablement accueillie par la plupart des chirurgiens; mais on ne tarda pas à s'apercevoir qu'elle expose à des accidents sérieux, dont les principaux sont: l'hémorrhagie secondaire, l'infection purulente et le rétrécissement de l'anus. Aussi n'est-il plus guère question aujourd'hui de l'écra-seur linéaire total; et quand l'écra-seur est mis en usage pour l'ablation des hémorrhoides, c'est