

d'après le procédé de Gosselin, connu sous le nom d'*écrasement linéaire partiel* ou *latéral*.

Ce procédé consiste à ne jamais enlever simultanément les hémorroïdes internes et les hémorroïdes externes, et à ne jamais faire une section annulaire comprenant toutes les hémorroïdes du pourtour de l'anus. On doit se contenter de pratiquer plusieurs sections partielles portant sur les points les plus soulevés de la membrane muqueuse. Bien que ce mode opératoire soit moins dangereux que le précédent, il expose encore, de l'aveu même de Gosselin, à certains périls.

c. La *ligature* à l'aide d'un fil est absolument rejetée par Gosselin, qui l'accuse d'exposer à l'infection purulente et de s'accompagner de douleurs très-vives. Elle paraît cependant avoir donné d'excellents résultats en Angleterre et est vivement préconisée par Curling, par Holmes; et si l'on ajoute foi aux statistiques que donne Allingham, on est forcé d'admettre, comme lui, que cette opération, pratiquée dans certaines conditions, est certainement le moyen le plus expéditif, le plus innocent et le moins douloureux que nous ayons à notre disposition pour guérir les hémorroïdes. « En 1865, dit-il (1), je publiai dans le *Medical Times and Gazette* quelques statistiques qui établissaient que sur 1760 opérations d'hémorroïdes, il y avait eu 5 cas de tétanos, dont 4 s'étaient rencontrés dans le printemps de l'année 1858: 2 en mars, 2 en avril. Depuis l'année 1858, plus de 1450 opérations ont été pratiquées, et il n'y a pas eu un cas de tétanos; sur ces 3210 cas, il n'y a eu qu'un seul cas de pyohémie. J'ai moi-même opéré jusqu'à présent avec la ligature un peu plus de 500 cas, et je n'ai jamais eu de mort. »

Allingham, en exprimant sans réserve l'opinion que la ligature est le procédé opératoire de beaucoup le meilleur et le plus souvent applicable, a soin de faire entendre qu'il ne parle pas du procédé de ligature qui consiste à traverser la base de l'hémorroïde par un fil double et de la lier par moitié; mais seulement de celui qui, imaginé par Salmon, est mis en pratique à l'hôpital Saint-Marc depuis plus de trente-cinq ans. Voici en quoi consiste ce procédé: On saisit une des hémorroïdes avec une pince ou un crochet double, et, l'attirant en bas, on détache au moyen de forts ciseaux pointus la tumeur des tissus musculaires et sous-muqueux sur lesquels elle repose. La section doit porter dans le sillon ou au niveau de la marque blanche qui indique le point où la peau se continue avec la muqueuse, et être prolongée en haut, parallèlement à l'intestin, dans une étendue telle que la tumeur hémorroïdale n'adhère plus au rectum que par ses vaisseaux et un lambeau de muqueuse. On sait, en effet, que les vaisseaux marchent sous la membrane muqueuse et ne pénètrent dans les hémorroïdes que par leur partie supérieure. Au moyen d'une ligature de soie forte et bien cirée qu'on place dans l'incision qui a été pratiquée, on étreint le collet de la tumeur *aussi for-*

(1) Allingham, *loc. cit.*, p. 83.

tement que possible, de manière à oblitérer complètement tous les vaisseaux. On lie de la même manière toutes les hémorroïdes successivement, puis on les repousse complètement au-dessus du sphincter. Si une hémorroïde très-volumineuse fait une saillie considérable, on peut en exciser une partie, en ayant soin de ne pas faire porter les ciseaux trop près de la ligature, dans la crainte de voir celle-ci glisser et tomber. L'opération est complétée par l'excision des marisques et des hémorroïdes externes qui coexistent si souvent avec les hémorroïdes internes. On prescrit un lavement opiacé, puis on place sur l'anus un gâteau d'ouate qu'on soutient par un bandage en T, l'expérience ayant prouvé que le pansement compressif est le meilleur moyen de calmer la douleur et de combattre les ténésmes.

Les ligatures tombent habituellement du sixième au septième jour; mais il est nécessaire de maintenir le malade au repos pendant une quinzaine de jours, temps que réclame la cicatrisation des plaies du rectum.

Quelque avantageux que paraisse ce procédé, il semble évident qu'il est fréquemment suivi de douleurs assez vives, puisque, de l'aveu même d'Allingham, on est presque toujours obligé, dans les jours qui suivent l'opération, d'avoir recours aux lavements opiacés ou aux injections de morphine.

d. *Cautérisation*. — Elle peut être pratiquée au moyen de trois agents principaux: le fer rouge, les caustiques solides, les caustiques liquides.

a. *La cautérisation avec le fer rouge*, qu'on trouve déjà signalée dans les œuvres d'Hippocrate, après avoir été alternativement préconisée et dénigrée outre mesure, a été remise en honneur par Bégin, par Philippe Boyer, et à leur suite par Velpeau, Nélaton, Denonvilliers, Richet et Gosselin. Ces chirurgiens traversent la base des hémorroïdes avec un fil pour les attirer au dehors, et cautérisent puissamment et circulairement toute la masse hémorroïdale. Cette méthode peut être désignée sous le nom de *cautérisation totale* ou *destructive*.

La cautérisation destructive avec le fer rouge a fourni de nombreux succès; cependant c'est un procédé douloureux, qui expose à des hémorragies secondaires, ainsi que je l'ai constaté plusieurs fois, et qui ne met pas à l'abri de l'infection purulente. En outre, si l'on n'a pas la précaution de respecter la peau de l'anus, il peut en résulter des rétrécissements cicatriciels.

Au lieu de chercher à détruire les tumeurs par le feu, on a pratiqué la *cautérisation superficielle* des hémorroïdes dans le but de coaguler simplement le sang qu'elles contiennent et d'amener l'oblitération des veines. Demarquay (1) avait l'habitude d'attirer les hémorroïdes à l'extérieur à l'aide de pinces, et de promener rapidement le fer rouge à leur

(1) *Gaz. méd.*, 1860.

surface, en prenant soin de ne pas cautériser l'intestin, par crainte d'un rétrécissement rectal consécutif. Une fois la cautérisation achevée, il réduisait les hémorroïdes dans le rectum, après les avoir soigneusement arrosées d'eau froide.

Dans un autre procédé, que l'on peut désigner sous le nom de *cautérisation interstitielle*, on pratique dans les tumeurs hémorroïdaires, soit avec la pointe d'un cautère ordinaire ou du thermocautère, soit avec l'extrémité d'un cautère galvanique, une série de ponctions faites très-rapidement. Les avantages de cette méthode ont été mis en lumière dans deux thèses inspirées par le professeur Verneuil (1).

b. Caustiques solides. — Nous ne parlerons de l'emploi des *caustiques solides* dans la cure des hémorroïdes que pour mémoire. Amussat se servait du caustique Filhos, qu'il portait sur le pédicule de la tumeur, au moyen d'une pince cannelée sur la face interne de ses branches. Ce chirurgien n'a eu que peu d'imitateurs. Son procédé ne présente, en effet, aucun avantage sur la cautérisation au fer rouge, et est plus compliqué. Il en est de même du procédé de Jobert.

c. Caustiques liquides. — L'emploi des *caustiques liquides* paraît avoir été proposé pour la première fois en 1843 par Houston (de Dublin). Il préconisait particulièrement l'acide azotique, et cet agent a été depuis adopté par un grand nombre de chirurgiens anglais, parmi lesquels nous devons citer Fergusson, Dowel, Curling, Holmes. Ce fut Gosselin qui en vulgarisa l'emploi en France, en décrivant avec soin les différentes modifications qu'il avait fait subir au procédé.

On se munit d'acide azotique monohydraté, ou tout au moins très-concentré; puis, au moyen d'une baguette de verre, ou mieux d'un pinceau d'amiante qu'on humecte légèrement d'acide, on touche l'hémorroïde (que l'on a eu préalablement soin de faire saillir à l'extérieur) et l'on maintient le contact jusqu'à ce que la portion de muqueuse qui a été touchée blanchisse. Il importe de protéger les parties voisines contre l'action du caustique en les enduisant d'huile ou de cérat. L'opération terminée, on essuie l'hémorroïde avec un linge mouillé, pour enlever l'excès d'acide, et on la réduit, si c'est possible.

Une seule cautérisation à l'acide ne saurait guérir que les petites hémorroïdes isolées. Lorsque les tumeurs sont multiples ou très-volumineuses, il est nécessaire de répéter la cautérisation à intervalles plus ou moins éloignés, si l'on veut obtenir une guérison durable.

Quelques chirurgiens, et en particulier le professeur Gosselin, ont reconnu à cette méthode de grands avantages.

Appliquée à des tumeurs hémorroïdales peu volumineuses et bien isolées, elle peut en effet rendre des services, en coagulant le sang dans leur intérieur et en les détruisant avant leur entier développement. Mais plus tard, alors que les hémorroïdes forment un bourrelet considé-

(1) Calmeille, thèse de Paris, 1870, et Lartisien, thèse de Paris, 1873.

nable, nous croyons que l'application d'acide azotique sur de larges surfaces est non-seulement plus douloureuse que beaucoup d'autres procédés opératoires, mais encore qu'elle ne met pas complètement à l'abri de l'hémorragie, de l'infection purulente, ou du rétrécissement rectal.

D'autres caustiques liquides ont été proposés : le nitrate acide de mercure, l'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique, l'acide chromique, le chlorure de zinc; mais leur action moins connue ne paraît pas devoir être préférée à celle de l'acide nitrique.

d. Cautérisation combinée à l'écrasement et à l'excision. — Afin de se mettre plus sûrement à l'abri de l'hémorragie et assurer la destruction complète des tumeurs hémorroïdaires, quelques chirurgiens ont combiné la cautérisation avec l'écrasement ou l'excision. Le professeur Richet, qui a surtout préconisé cette méthode mixte, se sert d'une pince rougie au feu, avec laquelle il étreint successivement la base de chacune des hémorroïdes préalablement attirée au dehors, tout en prenant soin de laisser intacts des ponts de peau et de muqueuse, pour éviter le rétrécissement consécutif. D'autres, à l'exemple de

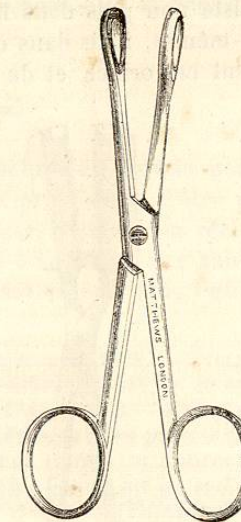


FIG. 89. — Pince à hémorroïdes.

H. Lee et de Smith, se servent du clamp et du cautère actue. Les tumeurs hémorroïdales ayant été attirées au dehors à l'aide d'une pince, d'un crochet, ou mieux encore à l'aide de la pince représentée dans la figure 89, dont les mors en forme d'anneaux sont creusés circulairement d'une rainure, on saisit le pédicule entre les mors d'un entérotome de Dupuytren ou du clamp représenté figure 90, et consistant en une pince munie de plaques d'ivoire destinées à empêcher la chaleur rayonnante d'agir à distance sur les tissus sains. La tumeur une fois saisie, on en pratique l'excision, puis on cautérise la surface de section à l'aide d'un fer rouge. Cette cautérisation doit être faite avec une extrême lenteur et continuée jusqu'à ce que tout écoulement sanguin ait cessé. Ce n'est que lorsque la surface de section est absolument desséchée qu'on enlève le clamp, puis, après avoir lavé les parties à l'eau froide, les avoir huilées, on les rentre à l'intérieur du rectum. Inutile de dire que si les tumeurs hémorroïdales sont multiples, chacune d'elles doit être opérée isolément.

Cette méthode a donné de bons résultats entre les mains des chirurgiens anglais; et quoiqu'on puisse lui reprocher de ne pas être applicable aux cas où les hémorroïdes ont une base tellement large qu'elles

ne peuvent être saisies entre les mors du clamp, ou encore aux cas où le point d'implantation des tumeurs est trop élevé pour être accessible, il n'en est pas moins vrai que c'est, de toutes les méthodes de cautérisation hémorroïdaire, celle qui expose le moins à l'hémorragie et à l'infection purulente.

Nous croyons devoir rapprocher des divers procédés que nous venons d'exposer celui qui a été pratiqué et préconisé par Voillemier (1), et qui consiste non plus dans la cautérisation des tumeurs hémorroïdales elles-mêmes, mais dans celle de l'orifice anal, en vue de rétrécir légèrement cet orifice et de s'opposer à la sortie ultérieure des varices

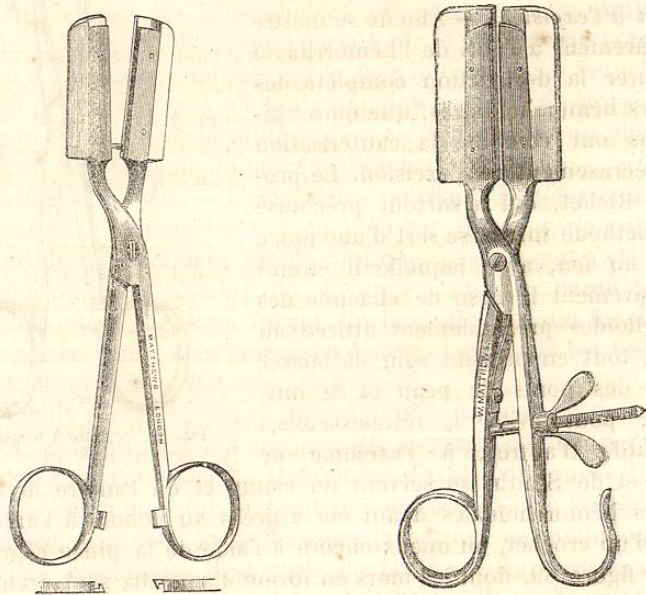


FIG. 90. — Clamps pour la cautérisation des hémorroïdes.

rectales. Après avoir badigeonné largement la région anale avec du colodion, pour prévenir les effets du calorique rayonnant, Voillemier prenait un petit cautère cultellaire rougi à blanc, l'introduisait à la profondeur de 1 centimètre dans l'anus, en appuyant le talon de l'instrument sur l'orifice cutané un peu plus que sur la muqueuse, et pratiquait quatre lignes de cautérisation en avant, en arrière, à droite et à gauche. Chez 43 malades qu'il a opérés par ce procédé, Voillemier aurait toujours vu la guérison marcher régulièrement, sans être entravée par aucun accident.

De tous les procédés qui viennent d'être décrits, aucun ne saurait être

(1) *Traitement des hémorroïdes par la cautérisation linéaire de l'anus* (Gaz. hebdomadaire), 2 août 1873, p. 539.

préconisé à l'exclusion des autres. Si l'on excepte l'excision simple, qui doit être rejetée à cause de ses dangers, et la ligature, qui n'est guère usitée en France et sur la valeur de laquelle nous manquons d'expérience, l'écrasement linéaire, les divers modes de cautérisation simple ou combinée à l'écrasement et à l'excision pourront être employés à peu près avec les mêmes avantages. Cependant, la cautérisation interstitielle ou destructive avec le thermocautère, combinée, lorsque cela est possible, avec l'écrasement et l'excision, m'a paru être le procédé le plus simple et le plus sûr dans ses résultats.

§ V. — Polypes du rectum.

On désigne sous le nom de polypes du rectum un certain nombre de tumeurs qui présentent comme caractères principaux d'être pédiculées, de s'insérer sur la membrane muqueuse, et de ne pas récidiver après ablation. Ces productions peuvent être comparées aux tumeurs polypeuses qu'on observe soit dans les fosses nasales, soit dans l'utérus.

GERDY, *Des polypes et de leur traitement*, thèse de concours, 1838. — STOLZ, *Des polypes du rectum chez l'enfant* (Gaz. méd. de Strasbourg, 1841, p. 40 et 104; 1859, p. 157; 1860, p. 1; et Gaz. méd. de Paris, 1841, p. 253. — MERCIER (J.), *Des polypes du rectum*, thèse de Paris, 1857. — LÉVESQUE, *Des polypes du rectum*, thèse de Paris, 1866. — GUERSANT, *Des polypes du rectum*, in *Notices sur la chirurgie des enfants*, p. 57, 1864-1867. — GIRALDÈS, *Leçons sur les mal. chir. des enfants*, p. 330. — MILLER, *On polypus of the rectum* (Edinburgh med. Journ., janv. 1870, et Arch. de méd., 1871, vol. I, p. 185. — BOCKAI (de Pesth), *Ueber Mastdarmpolypen bei Kindern* (Jahrb. für Kinderheilk., Hf. IV, p. 371 1871.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — Les polypes du rectum sont peu fréquents. Allingham, consultant les statistiques de l'hôpital Saint-Marc, de Londres, n'a trouvé que 16 cas de polypes sur 4000 malades atteints d'affections diverses du rectum. Presque tous les auteurs, et en particulier Stoltz, Giraldès, s'accordent à reconnaître que l'affection est beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. Cependant Allingham, en réunissant les cas de sa clientèle avec ceux de l'hôpital Saint-Marc, sur un total de 40 malades observés, n'a pas compté moins de 17 sujets âgés de plus de quatorze ans.

Le sexe ne paraît pas avoir une influence marquée sur le plus ou moins de fréquence des polypes. D'après Giraldès, l'affection s'observe presque aussi souvent chez les filles que chez les garçons. Pour ce qui a rapport à l'adulte, Bryant croit à la plus grande fréquence chez l'homme.

Les causes qui président au développement des polypes nous sont complètement inconnues. On a bien dit que la scrofule prédisposait à cette affection, mais rien dans les statistiques ne vient confirmer cette