

jusqu'à ce qu'elle ait pénétré dans la partie rétrécie. Lorsque celle-ci est déjà suffisamment dilatée pour laisser passer un numéro plus fort, il n'est plus nécessaire de se servir du doigt comme conducteur. Si le rétrécissement occupe un point élevé, on devra procéder par tâtonnement, et chercher à introduire avec précaution le dilatateur. On y mettra d'autant moins de force que le numéro de la bougie est plus faible. Le dilatateur ne doit être laissé en place que peu de temps, soit de 5 à 10 minutes; les séances doivent être renouvelées tout au plus chaque jour, parfois seulement tous les deux ou trois jours, lorsqu'on constate des signes d'irritation. On n'obtient pas de meilleurs résultats par des séances plus fréquentes et en laissant plus longtemps la bougie à demeure, ainsi que le conseillent différents chirurgiens. Pendant le traitement, le malade doit être soumis à une diète légère, et l'on cherchera à obtenir des selles molles. Les strictures étendues peuvent être seulement améliorées d'une façon notable, et les bougies doivent être alors toujours introduites de temps en temps.

Pour nombre de strictures la dilatation progressive n'est pas le procédé le plus rationnel. Ainsi, dans les rétrécissements membraneux, c'est à la section de la membrane (voir plus haut) que l'on s'adressera de préférence. D'autre part, on comprend que la fréquence des récidives ait engagé, de temps en temps, les chirurgiens à conseiller et à pratiquer la section des autres formes de rétrécissements. Un procédé radical, et qui certainement n'est pas très dangereux, c'est celui de DIEFFENBACH, qui est applicable aux rétrécissements annulaires situés à un niveau peu élevé et consiste dans l'incision du sphincter suivie de l'excision de l'anneau de coarctation et de la suture du bord supérieur de la plaie annulaire de la muqueuse avec le bord inférieur. Les tentatives de section profonde du rétrécissement dans une direction verticale n'ont souvent donné que de mauvais résultats; la plaie de l'incision était assez fréquemment le point de départ d'un phlegmon auquel succombait le malade. C'est pourquoi, dans la suite, on s'est contenté de pratiquer des scarifications superficielles du rétrécissement, suivies de la dilatation. Dans ces derniers temps, il semble que l'incision ait donné de nouveau de meilleurs résultats, précisément dans les formes les plus graves de strictures. Nous pensons que le pronostic de cette opération s'améliorera beaucoup dans la suite, grâce à l'irrigation antiseptique souvent répétée ou employée même d'une façon permanente au début; nous y reviendrons, du reste, à propos de l'extirpation du rectum. Les jours précédant l'opération, l'intestin sera évacué aussi complètement que possible, à l'aide de purgatifs; avant l'incision on aura soin de soumettre la partie malade à un nettoyage minutieux, puis, une fois la section opérée, la plaie sera saupoudrée d'iodoforme; enfin on provoquera la constipation par une diète sévère et l'opium. Avec ces précautions on n'aura, sans doute, que rarement des accidents à déplorer.

VERNEUIL a conseillé l'incision verticale particulièrement dans les formes

de strictures compliquées de fistules, et il se sert de l'écraseur pour la section de cette dernière. PANAS a apporté à ce procédé une modification; il divise le sphincter et l'intestin jusqu'au siège du rétrécissement et crée ainsi une cavité en forme d'entonnoir à sommet correspondant à la stricture, puis cette dernière est incisée à son tour à une profondeur suffisante pour laisser passer un cylindre de 2 cent. de diamètre. Suivant cet auteur, c'est à la sphinctérotomie qu'il faut attribuer les résultats favorables de cette opération, la section du sphincter assurant, en effet, un libre écoulement aux matières de sécrétion et d'excrétion; d'autres opérateurs sont venus ensuite confirmer l'exactitude de cette proposition. Ce procédé mérite certainement d'être suivi dans les cas graves compliqués de fistules.

Enfin il nous reste à mentionner la méthode de dilatation forcée au moyen d'instruments construits dans ce but. Nous ne pouvons la conseiller, car la déchirure du rétrécissement fait courir au malade plus de dangers que la section avec le bistouri.

Lorsqu'on a affaire à des strictures élevées, non dilatables et s'accompagnant de phénomènes graves de coprostase, ou que le malade est déjà trop affaibli pour supporter un traitement de longue durée, il ne reste plus d'autre ressource que l'établissement d'un **anus artificiel**.

Dans le cours des dernières années cette opération a été appliquée surtout aux strictures graves de cause syphilitique ou blennorrhagique. De fait, le rétrécissement, dans ces cas, s'améliore presque toujours rapidement lorsque, grâce à la colotomie, les matières fécales n'arrivent plus en contact avec la partie rétrécie, et ne sont plus retenues au-dessus de cette dernière. D'autre part, l'extirpation des parties du rectum rétrécies et malades a été plusieurs fois couronnée de succès.

Hémorroïdes.

§ 183. — Les symptômes hémorroïdaires sont dus à la dilatation variqueuse des veines du rectum, et à la transformation en **angiomes** des varices ainsi formées (nœud ou tumeur hémorroïdaire). Une autre altération essentielle, c'est le gonflement de la muqueuse rectale, lequel, comme nous le verrons, peut jouer un rôle étiologique lorsqu'il est sous la dépendance d'une inflammation catarrhale de cette membrane; d'autre part, le gonflement de la muqueuse peut être la conséquence de la stase sanguine qui se produit lorsque les hémorroïdes sont déjà complètement développées.

Ce sont les veines hémorroïdales externes (ou inférieures) et moyennes qui jouent un rôle essentiel dans la pathogénie de cette affection. Les veines hémorroïdales internes (ou supérieures) ne commencent qu'à une hauteur d'au moins 10 cent. et ne jouent un rôle direct que dans des cas exceptionnels. Par conséquent la veine porte ne prend qu'une faible part au développement des tumeurs

hémorroïdales, grâce aux anastomoses des veines hémorroïdales internes avec les veines hémorroïdales moyennes et externes, qui se rendent dans la veine cave. Les veines sont situées dans le tissu sous-muqueux; les inférieures, dans la région du sphincter, envoient à travers les fibres de ce muscle des branches qui se rendent dans le tissu sous-cutané de la marge de l'anüs où elles forment également un plexus¹.

Dans le rectum la muqueuse présente une série de replis longitudinaux qui se distinguent par une grande richesse vasculaire, et c'est au niveau de ces replis que se produit le plus souvent la dilatation variqueuse des veines dans certaines circonstances particulières. Les veines forment alors, sur la muqueuse, une série de très petites nodosités qui sont constituées par un certain nombre de ces vaisseaux diversement enroulés, et se continuent sans transition brusque par des veines dilatées et finalement par des veines de calibre normal.

Les tumeurs hémorroïdales proprement dites sont constituées par la masse élastique des veines, et, en outre, par un tissu d'enveloppe particulier qui entoure la tumeur toute entière et pénètre entre les paquets vasculaires. La transformation que subit le tissu conjonctif sous l'influence de la stase sanguine, et, éventuellement, de l'inflammation qui vient s'y ajouter, donne seule à la tumeur hémorroïdaire le caractère d'un véritable néoplasme.

La coupe de la tumeur ressemble à celle d'un tissu caverneux, c'est-à-dire qu'on y observe des cavités plus ou moins grandes tapissées par l'endothélium des veines, et séparées par des cloisons de tissu conjonctif; nous disons que la structure de la tumeur ressemble à celle du tissu caverneux, car il lui manque, pour qu'il y ait identité de structure avec ce dernier, la communication des espaces vasculaires entre eux. L'enveloppe de la tumeur possède assez souvent des artères d'un certain calibre. Les caractères physiques des tumeurs hémorroïdales sont en relation avec le volume des ectasies qui peut varier depuis les dimensions d'un grain de sable jusqu'à celles d'une cerise, avec la quantité de tissu conjonctif qui sépare les vaisseaux et enfin avec la nature des téguments. Sous ce rapport, la situation de la tumeur est d'une grande importance; elle peut être située en dehors du sphincter (hémorroïdes externes), à la limite de la peau et de la muqueuse (hémorroïdes intermédiaires), ou enfin être cachée entièrement dans le rectum (hémorroïdes internes).

Les hémorroïdes externes ne conservent que rarement leurs caractères du début, alors qu'elles sont encore recouvertes d'une peau mince, et ne possèdent que peu de tissu conjonctif interstitiel. Dans ce cas, la tumeur est bleuâtre par transparence, elle se gonfle facilement et peut

1. DURET a reconnu que la circulation veineuse ano-rectale se fait au moyen de deux systèmes de veines: 1° un réseau sous-musculaire qui se jette par les plexus hémorroïdaux dans l'hypogastrique; 2° un réseau sous-muqueux constitué par des veines qui montent verticalement sur une longueur de 10 à 12 cent. et vont se jeter dans la veine porte par l'intermédiaire de la petite mésentérique. Chacune de ces dernières se termine inférieurement, au niveau des lacunes de Morgagni, par une petite ampoule d'où partent les veines communicantes qui relient les deux réseaux en passant à travers les fibres sphinctériennes. Ce sont elles qui forment l'anastomose entre le système porte et le système cave (POULET et BOUSQUET).

(Note du trad.)

être ramenée tout aussi aisément à un petit volume par compression. Le plus souvent le tissu interstitiel et tout particulièrement la peau, subissent des transformations sous l'influence de processus inflammatoires; les masses hémorroïdales deviennent alors dures, non compressibles, et ont parfois quelque ressemblance avec certains sacs fibreux recouverts par la peau, qui se développent aussi au niveau de l'anüs, mais sans participation des vaisseaux. Les **tumeurs hémorroïdales internes** sont recouvertes par une muqueuse le plus souvent amincie et très rouge; elles se gonflent et se vident avec une grande facilité. Ce sont elles qui possèdent, au plus haut degré, la structure de l'angiome. Elles sont plus molles que les hémorroïdes externes, et sont plus riches en vaisseaux artériels aussi bien au niveau de la muqueuse que dans l'intérieur de la tumeur elle-même.

Pour compléter le tableau anatomo-pathologique des hémorroïdes, nous devons encore mentionner la tuméfaction diffuse de la muqueuse, ainsi que l'inflammation catarrhale qui, dans nombre de cas, se développe avec une fréquence particulière.

§ 184. — Toutes les circonstances capables de déterminer une **stase dans les veines hémorroïdales** ont été invoquées comme **causes de varices de ces vaisseaux**. C'est ainsi que, suivant les cas, on a attribué les hémorroïdes soit à une gêne de circulation dans le foie et à la stase qui en résulte dans le domaine de la veine porte, soit à une compression des veines de l'abdomen par des tumeurs ou l'utérus gravide, soit enfin à l'obstacle apporté à la circulation veineuse par la marche et la station debout; mais nous ne sommes pas en état d'expliquer la pathogénie de cette affection dans chaque cas particulier. Chez les enfants, les hémorroïdes ne se rencontrent pour ainsi dire jamais, et elles sont un peu plus rares chez la femme que chez l'homme. On les observe le plus souvent chez les hommes des classes élevées, d'un âge moyen, qui, de par leurs professions, sont obligés de rester beaucoup assis, et dont les fonctions alvines se font irrégulièrement. Toutefois les hémorroïdes ne sont pas rares non plus chez les personnes dont les occupations nécessitent la station debout prolongée (CHASSAIGNAC).

Il est certain que des matières fécales dures arrêtées dans le rectum agissent de la manière la plus directe en mettant obstacle au retour du sang dans les veines hémorroïdales, et l'on comprend que la constipation puisse être ainsi une cause de dilatation variqueuse de ces vaisseaux. Mais, comme l'a fait remarquer surtout VIRCHOW, les masses stercorales qui séjournent longtemps dans le rectum et sont le siège de phénomènes de putréfaction, peuvent, en outre, devenir une cause d'irritation pour la muqueuse rectale. Il en résulte une inflammation catarrhale avec gonflement de la muqueuse, et si cet état inflammatoire revient fréquemment, il se produit peu à peu un épaissement de la muqueuse et une dilatation des vaisseaux. L'inflammation catarrhale aurait donc une double relation avec l'affection hémorroïdaire; d'une part, elle