

inopinément dans le rectum et le côlon. Mais les dangers secondaires étaient autrefois, et sont peut-être encore aujourd'hui, plus à redouter à la suite de l'excision qu'après toute autre méthode opératoire, car les vaisseaux ouverts sont alors plus ou moins accessibles aux processus infectieux. On comprend facilement, d'ailleurs, que dans le rectum la méthode antiseptique ne puisse être appliquée d'une façon assez parfaite pour exclure avec une certitude absolue les phénomènes graves d'infection à la suite de l'opération. On obtiendra des résultats relativement favorables en suivant le procédé de SMITH, qui consiste à saisir dans un clamp la base des tumeurs hémorroïdales, dont on fait ensuite l'excision suivie de la cautérisation du pédicule à l'aide du cautère actuel. Il s'agit donc ici d'une combinaison de l'excision avec la cautérisation. Cependant, grâce à l'emploi de l'iodoforme, la méthode d'excision compte de nouveau beaucoup de partisans, et de fait elle n'entraîne pas de danger sérieux si l'on a soin de provoquer une constipation de longue durée. On fait une incision transversale à travers la muqueuse, que l'on détache de la tumeur après l'avoir bien désinfectée, puis on lie les vaisseaux, on excise la masse hémorroïdale, et l'on suture les bords de l'incision après avoir saupoudré la plaie d'iodoforme.

Il n'en est pas moins vrai que les méthodes de traitement les plus usitées, du moins en Allemagne, sont la **cautérisation** des tumeurs hémorroïdaires, et celles qui consistent à les enlever par la **ligature**, en général, comprenant l'**anse galvanocaustique**, l'**écraseur** et la **ligature ordinaire** avec des fils de chanvre, de soie ou de catgut.

Quel que soit le procédé employé, il est nécessaire, avant l'opération, de provoquer le prolapsus de la tumeur. Après avoir fait prendre la veille un purgatif sûr, on administre, au moment d'opérer, un lavement d'eau chaude et l'on recommande au malade de faire des efforts de pression abdominale. On peut aussi introduire une éponge munie d'un fil dans le rectum jusqu'au delà de la tumeur, que l'on attire ensuite en exerçant une traction sur le fil. Pour saisir la tumeur et la fixer pendant les diverses manipulations opératoires, on se sert avec grand avantage d'une pince à crémaillère.

D'autre part l'opération doit être pratiquée, autant que possible, avec les précautions antiseptiques. Le rectum sera lavé avec une solution d'acide salicylique, l'anus débarrassé de ses poils, nettoyé avec de l'eau et du savon, et enfin désinfecté convenablement avec une solution phéniquée. On fera en sorte d'éviter toute évacuation alvine pendant les huit premiers jours. Dans ce but, on privera plus ou moins le malade d'aliments pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, on lui prescrira des laxatifs, et, une fois la tumeur enlevée, on provoquera la constipation par l'administration de l'opium à l'intérieur.

En Allemagne, à l'exemple de LANGENBECK, c'est la **cautérisation avec le fer rouge** qui est le procédé le plus usité dans les cas graves.

Le fer rouge est maintenant presque partout remplacé, et avec avantage, par le thermocautère. La tumeur est d'abord attirée au moyen d'une pince à crémaillère, et serrée à sa base dans le clamp de LANGENBECK (fig. 57); puis la peau du voisinage étant suffisamment protégée, on applique le cautère chauffé au rouge jusqu'à complète carbonisation de la tumeur. Il ne survient presque jamais d'hémorragie, et la marche est presque toujours favorable; la guérison s'opère par voie de granulation sous l'eschare qui a été réduite dans le rectum et saupoudrée d'iodoforme après l'opération.

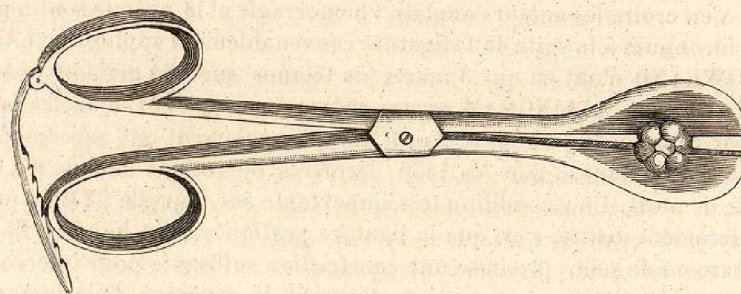


Fig. 57. — Clamp de LANGENBECK pour la cautérisation des hémorroïdes.

Une méthode analogue très facile à exécuter, et conseillée d'abord par HOUSTON à Dublin, c'est la cautérisation par l'**acide nitrique**. A l'aide d'une petite tige de bois<sup>1</sup>, on applique plusieurs fois sur la masse hémorroïdaire de l'acide nitrique fumant concentré, puis on essuie la surface de la tumeur avant d'en opérer la réduction. Cette méthode est moins effrayante pour le malade que le fer rouge, elle est moins douloureuse et n'exige pas un repos aussi prolongé. En Allemagne elle a été souvent employée avec succès dans ces derniers temps, surtout depuis qu'elle a été préconisée par BILLROTH. Elle a sur les autres méthodes consistant à détruire toute la muqueuse, l'avantage de conserver quelques ilots de cette dernière et, par conséquent, de ne pas déterminer de grandes pertes de substance et des rétrécissements, tels qu'on les observe volontiers, par exemple, à la suite de l'emploi de l'écraeur. Mais elle paraît devoir être appliquée essentiellement aux tumeurs d'un petit volume.

Quant aux procédés de **ligature**, mentionnons d'abord l'**anse galvanocaustique** qui se relie à la méthode de cautérisation. Si l'on a soin de ne rougir l'anse que légèrement avec un seul élément, et de n'opérer que très lentement la section des tissus, on n'a guère à redouter

1. On peut se servir avec avantage soit d'une baguette de verre, soit d'un pinceau d'amiante. On maintient le contact de l'acide jusqu'à ce que la portion de muqueuse qui a été touchée blanchisse (FOLLIN et DUPLAY).

(Note du traducteur).

le danger d'hémorragie. Ce procédé est surtout vivement conseillé par ESMARCH, et il mérite certainement les louanges qu'on lui a décernées lorsqu'on use des précautions que nous venons d'indiquer. L'emploi de l'écraseur n'atteint pas aussi bien le but, et il a été assez souvent suivi de rétrécissements du rectum, ainsi que l'avouent même ses partisans ; ce fait n'a, d'ailleurs, rien d'étonnant si l'on songe à l'incertitude de ce procédé relativement à l'étendue de muqueuse qui se trouve saisie par l'instrument. D'autre part, l'écraseur n'offre aucune garantie contre l'hémorragie et la pyémie.

Par contre, la **ligature** donne plus de sécurité à ce double point de vue. A en croire les auteurs anglais, l'hémorragie et la pyémie sont à peu près inconnues à la suite de la ligature convenablement appliquée ; LANE et GOWLAND n'ont eu que 3 morts (de tétanos) sur 854 malades opérés par la ligature. ALLINGHAM assure même que sur 3123 malades opérés par ce procédé à l'hôpital Saint-Marc, 5 seulement ont succombé et toujours au tétanos. Sur les 1450 dernières opérations aucune n'a été suivie de mort. Une condition très importante sur laquelle SYME a particulièrement insisté, c'est que la ligature pratiquée avec un fort fil de chanvre ou de soie, produise une constriction suffisante pour interrompre toute circulation et provoquer sûrement la gangrène de la tumeur ; en effet, il suffit que l'un ou l'autre vaisseau soit resté perméable, pour que l'infection soit possible lors de la fonte gangréneuse de la masse comprise dans la ligature. Une fois la tumeur fortement liée, peu importe qu'on la réduise en totalité ou qu'on en excise la plus grande partie avant la réduction.

Les Anglais se servent souvent maintenant d'un procédé qui permet de produire plus sûrement une constriction parfaite de la tumeur (SALMON). Celle-ci est attirée au moyen d'une érigue à triple crochet, puis on incise la muqueuse à la limite de la peau, et l'on détache la tumeur de la couche musculaire de façon à la pédiculiser (les vaisseaux arrivent de haut en bas dans la masse hémorroïdaire) ; une forte ligature est alors appliquée sur le pédicule de la tumeur. Ce procédé a été conseillé dernièrement par STARKE à la suite des bons résultats qu'il en a obtenus à l'hôpital de la Charité (Berlin). Après désinfection préalable du champ opératoire, il fait une ligature de soie phéniquée ou de catgut. Il fait toujours précéder l'opération de la section du sphincter qu'il pratique au niveau du raphé postérieur. Après avoir lié toutes les nodosités, il introduit dans le rectum un drain dont il entoure l'extrémité inférieure de ouate (ou de jute) salicylée. Le pansement est fixé à l'aide d'une bande compressive. Puis le malade est soumis à une diète sévère pendant une à deux semaines et on lui fait prendre de l'opium à l'intérieur.

Prolapsus de l'anüs et du rectum.

§ 187. Pour qu'un prolapsus de la muqueuse (prolapsus anal) ou de

toute l'épaisseur des parois rectales soit possible, il est nécessaire qu'un relâchement se produise dans l'union de la muqueuse ou des parois entières avec les tissus sous-jacents<sup>1</sup>. Dans ces conditions la procidence de la muqueuse ou de toutes les tuniques du rectum est favorisée par une *dilatation relative de l'anüs* survenue à la suite de l'allongement des téguments de la région anale et du relâchement des sphincters. Cependant l'orifice anal n'est pas nécessairement dilaté, car, pendant la défécation, cet orifice s'ouvre suffisamment pour laisser passer, après les matières fécales, des replis de la muqueuse ou des portions du rectum avec toutes ses tuniques. D'autre part, lorsque, dans la région des sphincters, la muqueuse devient le siège d'un gonflement inflammatoire, le bourrelet ainsi formé peut faire procidence au dehors, et cela avant tout parce qu'il ne trouve pas un espace suffisant dans l'intérieur de l'anüs. Nous en avons déjà parlé antérieurement, et nous avons dit que l'on pouvait, avec assez de justesse, comparer cet état pathologique à l'ectropion dit sarcomateux que l'on observe aux paupières (ROSER). Le **prolapsus anal** qui se produit dans ce cas n'est pas annulaire ; de même le prolapsus de la muqueuse qui accompagne assez souvent les hémorroïdes internes procidentes, dont nous avons parlé dans les paragraphes précédents, n'affecte pas toujours la forme d'un anneau, mais est parfois limité au voisinage immédiat de la tumeur hémorroïdale. Mais abstraction faite de ces derniers cas, la tuméfaction de la muqueuse, conséquence de la stase sanguine due elle-même à la dilatation des veines hémorroïdales, est la cause principale du *prolapsus simple de la muqueuse anale*. Une fois que les replis gonflés et hyperémiés de la muqueuse ont fait saillie hors de l'orifice anal, si l'on ne réussit pas, après réduction, à les maintenir dans l'intestin, la stase sanguine et la tumeur tendront à augmenter grâce à la gêne de circulation produite par le sphincter ; d'autre part, les diverses causes d'irritation auxquelles est exposée la muqueuse procidente, ne peuvent qu'agir dans le même sens.

Parfois il est difficile de tracer la limite entre les deux formes de prolapsus, de reconnaître si dans un cas donné, l'on a affaire à un **prolapsus anal**, c'est-à-dire à la simple procidence de la muqueuse, ou bien à un **prolapsus du rectum**, c'est-à-dire à la procidence de toute l'épaisseur des parois rectales sur une étendue plus ou moins grande. Lorsque le prolapsus est d'un volume considérable, le diagnostic est toujours facile ; il s'agit constamment dans ces cas d'un prolapsus du rectum. Ce dernier se produit, du reste, dans les mêmes conditions que la procidence de la muqueuse. Les états pathologiques entraînant un relâchement des

1. La procidence de la muqueuse est aussi désignée sous le nom de prolapsus partiel, et la procidence de toutes les tuniques du rectum sous celui de prolapsus complet. FOLLIN et DUPLAY, à l'exemple de GOSSELIN, se servent des termes de prolapsus de la muqueuse et de prolapsus invaginé. (Note du traducteur.)