

morrhoides avec l'acide azotique concentré, qu'a publié le docteur Houston, de Dublin (*Journal of medical sciences*, Dublin 1843), et qui, en raison de sa simplicité et de son efficacité dans les cas où l'affection est peu considérable, mérite d'être répandu. Il consiste à passer sur la surface des hémorroïdes un pinceau imbibé d'acide azotique monohydraté, de manière à faire une eschare blanche peu profonde, comprenant à peine l'épaisseur de la muqueuse; il faut prendre la précaution de ne pas trop charger le pinceau de caustique, afin que celui-ci ne s'écoule pas sur la peau ou la muqueuse saine voisine. Lorsque les tumeurs sont volumineuses, il convient de ne les cautériser que par portions et dans des séances successives. Il faut réduire les tumeurs si cela est possible: la douleur qui suit l'opération, et qui ne dure que quelques heures, en est beaucoup allégée.

La cautérisation ignée est un excellent moyen de détruire de petites hémorroïdes extérieures et peu profondes. Chaque tumeur, amenée au dehors et maintenue par une érigne, est attaquée par un cautère conique chauffé à blanc. La seule précaution à prendre est de ne pas atteindre l'ouverture cutanée anale, dont le rétrécissement inodulaire pourrait entraîner une nouvelle infirmité. On a proposé de se borner à toucher avec le fer rouge un point des tumeurs hémorroïdales, mais cette cautérisation partielle ne suffit pas. Bégin, le premier parmi les chirurgiens contemporains (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1841, p. 180), conseilla la cautérisation d'emblée, c'est-à-dire sans excision préalable, pour les hémorroïdes internes volumineuses et donnant lieu à des hémorragies dangereuses. Les résultats les plus heureux, obtenus par un grand nombre de chirurgiens, justifient cette opération, dont le manuel consiste à attirer les tumeurs au dehors avec un tampon de charpie placé dans le rectum et muni d'un fil solide, et à éteindre sur elles, de façon à les rendre sèches et noirâtres, un ou plusieurs cautères chauffés à blanc. Une période douloureuse de trois ou quatre jours est suivie de la résolution des tumeurs et de la chute des eschares. Jobert (de Lamballe), afin de limiter l'action du cautère à la tumeur même, embrassait entre deux valves métalliques articulées et formant une sorte de cuvette la base de la tumeur, dont la masse se trouvait ainsi isolée des parties voisines. L'instrument de Jobert rend de très-bons services.

Incision. L'incision des tumeurs hémorroïdales a suffi quelquefois pour en amener la cure radicale.

Rescision. Elle consiste dans l'ablation du sommet de la tumeur avec un bistouri ou des ciseaux. Moyen insuffisant et dangereux.

Procédé mixte. On a combiné l'excision et la ligature. Ce pro-

cédé a pour avantage de mettre à l'abri de l'hémorragie, mais il ne prévient pas les accidents de l'étranglement.

Excision de plis rayonnés de l'anus. Cette opération, que nous retrouverons plus loin en parlant de la chute du rectum, a suffi quelquefois non-seulement pour empêcher la sortie des hémorroïdes internes, mais encore pour prévenir les hémorragies dont elles sont souvent accompagnées. Dans un cas où Bérard réussit de cette manière, l'hémorragie était périodique.

Excision des tumeurs. Le malade est couché comme pour l'opération de la fistule à l'anus; un lavement a été administré le matin. Si les tumeurs ne proéminent pas à l'extérieur, un effort de défécation les fait apparaître. On commence par les entourer d'un fil pour les fixer, ou on les saisit avec une érigne. On les empêche ainsi de rentrer dans le rectum à la suite de la douleur produite par l'excision de la première tumeur. L'opération se fait avec un bistouri ou des ciseaux courbes sur le plat. Au besoin on s'aide d'une pince à griffes. Le pansement est le même qu'à la suite de la fistule à l'anus.

Si les hémorroïdes sont profondes, on les attire au dehors avec une érigne à crochets circulaires, que l'on introduit fermée dans le rectum, et qui, par le dégagement des crochets s'implantant dans les tumeurs, les amène et les maintient en dehors de l'anus assez aisément.

Écrasement linéaire. Très-vanté par M. Chassaignac, comme mettant sûrement à l'abri des hémorragies, mais, de l'avis de tous les chirurgiens, n'atteignant pas toujours ce but, si lentement que l'opération soit pratiquée.

Appréciation. L'excision est expéditive; c'est un procédé sûr, et qui mérite d'être conservé. Malheureusement, il peut être suivi d'hémorragie et d'infection purulente. On se met à l'abri de ces complications par des applications de perchlorure de fer sur la plaie. Les pansements deviennent inutiles, et les tissus, n'étant ni étranglés ni même comprimés comme dans la ligature, ne sont pas exposés aux inflammations diffuses et infectieuses. Le fer rouge est une excellente ressource, avec la précaution de soutenir ensuite les surfaces cautérisées par un léger tamponnement. La cautérisation potentielle, telle que nous l'avons décrite, offre aussi de remarquables avantages. On conseille, comme l'avait recommandé Hippocrate, de ne jamais enlever la totalité des tumeurs, dans la crainte qu'il n'en résulte de véritables dangers par la suppression d'une hémorragie périodique ou d'une irritation devenue habituelle. Un danger plus certain résulte de l'ablation totale et circulaire des hémorroïdes saillant en bourrelet: c'est le rétrécisse-

ment de l'orifice anal, dont on a cité quelques cas à la suite de l'écrasement linéaire et de la cautérisation ignée, et qui peut aussi succéder à la ligature en couronne. C'est pourquoi l'on recommande de ne pas enlever en totalité les bourrelets hémorroïdaux formés par toute la membrane de la circonférence anale, mais de laisser intacts quelques points de cette muqueuse, destinés par leur allongement à prévenir le rétrécissement de l'anus.

FISSURE A L'ANUS.

On appelle ainsi une ulcération allongée, superficielle, se développant vers la marge de l'anus entre les plis rayonnés de la muqueuse. Cette affection n'est bien connue que depuis Boyer. Blandin distinguait les fissures en trois espèces, suivant qu'elles sont situées au-dessus, au-dessous ou vis-à-vis du sphincter. Ces dernières sont particulièrement accompagnées de constriction spasmodique et d'intolérables douleurs.

Traitement. Topiques. De nombreux topiques ont été employés contre la fissure à l'anus. Bretonneau et Trousseau ont préconisé des injections dans le rectum, composées : d'extrait de ratanhia, six grammes ; alcool, q. s. pour le ramollir ; eau, 125 grammes. On a aussi vanté l'onguent de la mère dont le baron H. Larrey a vanté les avantages et la pommade à la monésia, qui nous a fréquemment donné de bons résultats. Boyer préconisait un mélange de saïndoux, de suc de rhubarbe, de morelle et d'huile d'amandes douces, dont il injectait quelques cuillerées deux ou trois fois par jour. Dupuytren s'est servi avec avantage d'une préparation composée d'extrait de belladone, d'eau miellée et d'axonge, dont il enduisait une mèche. Le cérat belladonné a parfois donné de bons résultats. Les suppositoires avec le beurre de cacao, le précipité blanc, les lavements froids, les bains de siège ont également été conseillés. Un mélange d'alcool et de chloroforme, appliqué avec un pinceau, a été vivement préconisé et nous a réussi. La douleur est très-vive au premier moment, mais ne tarde pas à se calmer.

Cautérisation. On a essayé l'azotate d'argent fondu. Lenoir croyait ce moyen préférable à l'incision. (*Nouv. élém. de pathol. méd.-chir.*, par Roche, Sanson et Lenoir.)

Dilatation. On s'est servi de mèches enduites de cérat simple ou de l'un des mélanges indiqués plus haut, et de plus en plus volumineuses. La présence de la mèche est très-douloureuse dans les premiers moments et est rarement efficace.

Dilatation forcée. Ce procédé est devenu facile depuis la découverte de l'anesthésie. Après avoir vidé le rectum par un lavement,

on dilate fortement l'anus, soit avec deux doigts de la main gauche, entre lesquels on glisse, en guise de coin, l'indicateur droit, soit avec des tenettes à mors arrondis, que l'on écarte. Nous avons obtenu des guérisons instantanées à l'aide de ce procédé, signalé par Récamier. On a prétendu qu'on romprait ainsi les fibres musculaires du sphincter de l'anus ; mais il faudrait, pour causer un tel accident, employer une dilatation exagérée : la cure est due à la simple déchirure de la muqueuse et à la paralysie momentanée du sphincter.

Incision du sphincter anal. L'incision, proposée par Boyer et adoptée par la plupart des chirurgiens, est un traitement d'un effet curatif certain. Le malade placé comme pour l'opération de la fistule à l'anus, et l'intestin lavé par une injection, le chirurgien porte l'indicateur gauche jusqu'au delà du sphincter, et s'en sert pour guider un bistouri boutonné glissé à plat, avec lequel il divise profondément la fissure. Boyer était tellement préoccupé de la striction du sphincter, qu'il jugeait suffisant de débrider ce muscle sans s'occuper de la fissure. Mais il est préférable d'agir comme nous l'avons dit.

Incision sous-cutanée. Le débridement musculaire par une plaie sous-cutanée serait préférable à l'incision de Boyer, qui expose au relâchement de l'anus et à l'incontinence consécutive des matières fécales, si le spasme du sphincter était la seule cause des accidents.

Excision. Mothe et Guérin l'ont conseillée. Velpeau l'a pratiquée six fois. Dans deux cas, la fissure se reproduisit. On se sert du bistouri, ou mieux de ciseaux. On saisit la fissure avec une érigne et on l'excise en même temps que les tissus environnants. Ce procédé nous paraît d'une exécution difficile et d'une utilité contestable.

Procédé de M. Sédillot. Incision superficielle de la muqueuse. Une légère excoriation de la muqueuse est ordinairement la cause primitive de la constriction du sphincter. L'ulcération peu étendue, cachée dans un des plis rayonnés de l'anus, ne peut se cicatriser en raison de la déchirure qu'y détermine chaque effort de défécation. C'est une plaie dont on rompt continuellement les adhérences curatives, et qui devient irritable et douloureuse. On peut, dans ce cas, fendre simplement la muqueuse dans toute l'étendue de la fissure, sans entamer le sphincter. Les bords de la plaie s'écartent et l'ulcère guérit spontanément ou sous l'influence de quelques légères cautérisations.

Appréciation. Les injections émollientes, les applications astringentes, l'incision superficielle de la muqueuse, la dilatation forcée, et enfin l'incision sous-cutanée, et la large incision du sphincter conseillée par Boyer, sont les moyens les plus efficaces à employer dans l'ordre où nous les indiquons.