

IX. — VERS INTESTINAUX

Suivant leur nature, la présence des vers dans l'intestin de l'homme, se traduit par des symptômes tantôt complexes et variés, tantôt rudimentaires. On distingue les *platodes*, vers plats ou *ténias*, et les *nématodes* ou vers ronds dont les plus communs, dans nos climats, sont : l'*ascaride lombricoïde*, l'*oxyure vermiculaire* et l'*ankylostome duodénal*. Les caractères physiques de ces divers parasites ont déjà été décrits à propos de l'*examen des matières fécales*.

I. Vers plats. — On en observe trois espèces principales : le *ténia solium* ou *armé*; le *ténia inerme* ou *saginata* et le *bothriocephalus latus*.

Le *ténia inerme*, le plus commun, prend naissance dans l'intestin, grâce à l'ingestion de viande de bœuf peu cuite ou crue; il est relativement plus fréquent dans l'enfance.

Le *ténia armé* ou *ténia solium* reconnaît pour origine, chez l'homme, l'ingestion de viande de porc crue ou insuffisamment cuite, quand cette viande provient d'un porc atteint de *ladrerie*.

L'origine du *bothriocephalus latus*, observé dans toute l'Europe orientale, particulièrement sur les bords du lac de Genève, est bien plus obscure; son éclosion paraît succéder à l'ingestion de certains poissons (la *férah*), ou à l'usage d'eau contenant les embryons du parasite.

La présence d'un *ténia* dans l'intestin se traduit quelquefois uniquement par l'expulsion répétée, avec les fèces ou isolément, d'un ou plusieurs anneaux. On a attribué aux *ténias* des *troubles digestifs* inconstants et disparates : diminution ou exagération de l'appétit; douleurs épigastriques, parfois très vives, accompagnées, rarement, de diarrhée; prurit anal. Les *troubles sensoriels* (diminution de la vue et de l'ouïe, mouches volantes), *psychiques* (hypocondrie); les *vertiges*, les *convulsions* (crises épileptiformes), prolongées et périodiques, sont des accidents dont le lien étiologique avec le *ténia* reste à démontrer, pour un certain nombre d'auteurs. Si l'on en excepte les cas d'hypocondrie, et, quelques faits d'infection par le *bothriocephale*, accompagnée de signes d'anémie pernicieuse, l'état général demeure habituellement normal.

Diagnostic. — L'examen des anneaux et des œufs suffit à diagnostiquer le *ténia* et à en déterminer la variété. Rappelons que les anneaux du *ténia inerme* sont expulsés très fréquemment, et au nombre de 5 ou 6. En examinant les anneaux entre deux lames de verre, après séjour dans une solution de potasse à 5 pour 100, on peut se convaincre que ceux du *ténia inerme*, plus épais et plus larges que ceux du *ténia armé*, renferment un utérus formé de nombreuses branches légèrement ramifiées et présentent des pores génitaux placés latéralement et alternés sans régularité, tandis que les pores du *ténia armé* alternent très régulièrement. Les anneaux du *ténia inerme* sont expulsés dans l'intervalle des selles; ceux du *ténia armé* en même temps

que les garde-robes. Quant aux anneaux du *bothriocephale* plus larges que longs, ils présentent, chacun, un pore génital placé, non sur le côté, mais au milieu d'une des faces.

L'*examen microscopique des œufs* montre que ceux du *bothriocephale*, longs de 0^{mm},08, sont bruns et ovales, offrant à leur partie postérieure un petit opercule; tandis que ceux des *ténias*, bien plus petits (0^{mm},03 à 0^{mm},05) présentent, autour de leur coque, une enveloppe albumineuse.

II. Nématodes. — *Ascaride lombricoïde.* — On l'observe chez des enfants de 3 à 10 ans ayant absorbé les œufs du parasite avec l'eau de boisson ou avec des légumes crus. L'intestin grêle abrite 8 à 12 ascarides, et quelquefois bien plus; on les voit du reste émigrer accidentellement dans diverses cavités : l'estomac (vomissements), l'œsophage, le pharynx, les fosses nasales (coryza), les trompes d'Eustache, la glotte (spasme glottique, accès de suffocation), les bronches ou les voies biliaires (ictère, angiocholite), pour y déterminer des troubles appropriés.

Les accidents attribuables aux ascarides reconnaissent une origine : tantôt *mécanique* (accumulation de vers dans l'intestin ou un autre viscère), tantôt *sympathique ou réflexe* (par irritation de la muqueuse intestinale). Les accidents de ce genre, les plus nombreux, sont : les troubles de l'appétit, les coliques, les selles glaireuses, la pâleur, la bouffissure du visage, la fétidité de l'haleine, l'inégalité pupillaire, l'insomnie, les terreurs nocturnes et l'*éclampsie*. Les crises convulsives ne surviennent que chez les prédisposés; il en est de même d'autres complications névropathiques plus rares : cécité, surdité, chorée,

cataplexie, paralysie, troubles psychiques; syndrome méningitique. Ces divers accidents se dissipent après l'administration d'un vermifuge.

L'accumulation des lombrics dans l'intestin a pu occasionner des accidents d'occlusion intestinale (rare) conjurés par un vermifuge. Quand les vers entrent dans l'estomac, le malade peut en vomir un ou plusieurs. Quand ils pénètrent dans la trompe d'Eustache on peut les voir perforer le tympan et sortir par le conduit auditif externe. On sait que le passage des ascarides dans le larynx, la glotte ou les bronches peut provoquer des crises de suffocation simulant le spasme de la glotte ou le croup. Leur migration dans les voies biliaires entraîne des accidents analogues à ceux de la lithiase biliaire. Enfin leur présence dans l'appendice semble jouer un rôle dans la pathogénie de certaines appendicites.

Diagnostic. — L'expulsion par l'anus ou, plus rarement, par la voie

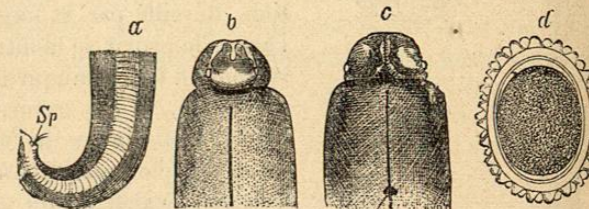


FIG. 178. — *Ascaris lumbricoïdes*. (D'après Leuckart.)

a, extrémité postérieure du mâle avec ses deux spicules (Sp). — b, extrémité antérieure (face dorsale et papille supérieure). — c, extrémité antérieure (face ventrale, papilles inféro-latérales et pore excréteur). — d, œuf.

buccale, d'un ou plusieurs lombrics, affirme le diagnostic; sinon celui-ci repose sur la recherche des œufs dans les garde-robes. Leur nombre considérable (ponte : 1500 par jour) rend la chose aisée. Ovoïdes, longs de 75 μ , ils sont couverts d'une enveloppe mûriforme jaunâtre, puis brune.

Oxyure vermiculaire. — Ce petit ver filiforme est propagé par l'eau de boisson ou par les aliments crus qui servent de véhicules à ses œufs; exceptionnellement, il est transmis par les vêtements, les linges ou les mains

des sujets qui en sont porteurs ou de ceux qui leur donnent des soins. Les femelles fécondées occupent surtout, en grande quantité, le cæcum et le rectum où elles déposent leurs œufs; les mâles habitent, presque exclusivement, l'intestin grêle. Les oxyures, au moment de la défécation, plus rarement dans l'intervalle, peuvent quitter l'intestin pour parcourir le vagin, le gland et la vulve.

Le trouble fonctionnel principal est un *prurit anal*, parfois intense, occasionnant secondairement du ténésme, des élancements, et susceptible par son extension au périnée et à la zone génitale, de faire naître des habitudes de masturbation. Réveillé par la migration du parasite vers l'anus, le prurit se montre souvent à heure fixe, surtout au lit; la muqueuse anale est alors rouge et gonflée, et des oxyures occupent souvent le fond des plis radiés de l'anus. Un lavement froid est quelquefois indispensable pour permettre de constater l'existence du parasite ou de ses œufs.

Plus rares, les accidents sympathiques ou réflexes, consistent en : terreurs nocturnes, chorée, éclampsie, troubles psychiques. Sous l'influence de l'insomnie prolongée que provoque le prurit, on peut voir les enfants maigrir, pâlir et changer de caractère.

L'examen des selles suffit d'habitude pour faire découvrir le parasite. Sinon, on en provoquera l'expulsion. Un grossissement de 200 diamètres permet de voir les œufs; ils sont ovalaires et aplatis sur les côtés.

Ankylostome duodécal. — Propagé par les aliments et les eaux de boisson (infectées par les selles des malades), ce ver, assez répandu, fait

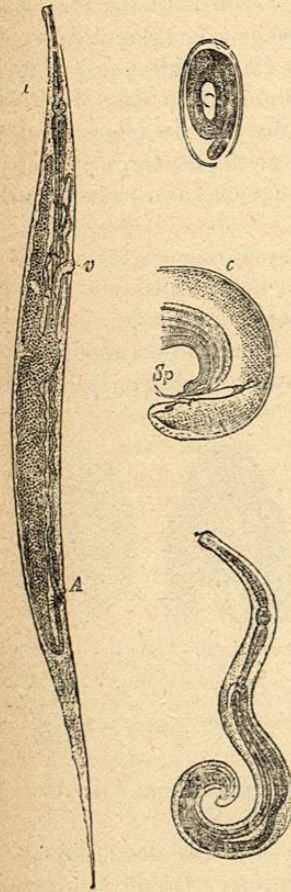


FIG. 179. — Oxyure vermiculaire. (D'après Leuckart.)

a, femelle. — v, orifice génital. — A, anus. — b, mâle. — c, extrémité postérieure du mâle avec les spicules (Sp). — d, œuf.

surtout des victimes, parmi les mineurs, les terrassiers et les briquetiers, en Égypte, en Belgique, en Westphalie et dans la haute Italie. La France en possède plusieurs foyers encore en activité, dans les houillères de Rive de

Giers, de Saint-Étienne et dans le bassin houiller du Nord. Au nombre de 200 à 500, ces parasites se fixent fortement, par leurs crochets, à 2 mètres en aval du pylore, sur la muqueuse intestinale qu'ils font souvent saigner.

La présence des ankylostomes est dénoncée par une *anémie* dont l'intensité est proportionnelle à l'abondance des pertes sanguines que subit le malade. Une première *phase*, d'*invasion* de deux à trois mois, est marquée par de l'anorexie ou de la boulimie (plus rare), de fréquents vomissements et de la diarrhée; puis, avec les progrès de l'anémie, se constitue la *période d'état*, que caractérisent : la décoloration de la peau et des muqueuses, des palpitations, des vertiges, des syncopes et la perte des forces, sans amaigrissement. La fièvre est rare; les urines, claires, ne contiennent pas d'albumine; chez la femme, l'aménorrhée est habituelle. Le chiffre des hématies est considérablement réduit (1 000 000 par millimètre cube), ainsi que le taux de l'hémoglobine. L'anorexie est fréquente; la perversion de l'appétit pousse souvent les malades à manger de la terre (*géophagie*). Les œufs du parasite existent dans les selles en quantité innombrable; mais lui-même n'y apparaît qu'après l'administration d'un vermifuge.

Si l'on n'intervient pas, les malades succombent, en quelques semaines ou quelques mois, aux progrès de l'anémie et de la cachexie.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile, à condition que le milieu et les circonstances vous mettent sur la voie; sinon la confusion est possible avec toutes les anémies (chlorose, anémie pernicieuse, leucémie, cancer). L'examen des selles est toujours décisif, quand on y constate la présence des œufs, ovalaires, longs de 56 μ , à coque claire, à contenu brunâtre formé par l'embryon replié sur lui-même.

X. — OCCLUSION INTESTINALE

Signes étiologiques. — L'occlusion intestinale reconnaît des causes variables que l'on classe habituellement en : *extrinsèques* ou extérieures à l'intestin; *pariétales* ou liées aux modifications de sa paroi, et *cavitaires* ou tenant à un obstacle occupant la lumière même de l'intestin.

L'intervention des *causes extrinsèques* est soudaine en cas d'*étranglement*, soit par une bride naturelle (mésentère, trompe de Fallope, appendice, frange épiploïque) ou pathologique (bride de péritonite ancienne, pédicule d'un kyste ovarique); soit dans une fissure du diaphragme ou l'arrière-cavité des épiploons (hernie interne). Elle est plus lente en cas de *compression* soit par une tumeur (fibrome utérin), soit par un organe hypertrophié ou en ectopie (rein).

Les *causes pariétales* sont nombreuses : *sténoses cicatricielles*, consécutives à la fièvre typhoïde, à l'entérite tuberculeuse, à la dysenterie, ou *néoplasiques* (cancer, polype de l'intestin, syphilome ano-rectal plus spécial à la femme); *vices de position* de l'intestin, tels qu'invagination, volvulus ou coudure. Surtout iléo-cæcale, l'*invagination* s'observe dans la première

enfance; intéressant plutôt l'S iliaque, le *volvulus* ne survient qu'au delà de l'âge moyen de la vie. Les coudures supposent généralement la préexistence d'adhérences inflammatoires.

Les principales *causes cavitaires* sont : les corps étrangers (amas de noyaux, de fruits, d'os), les calculs biliaires, les lombrics.

Le spasme ou la paralysie d'un segment limité de l'intestin constituent les *pseudo-étranglements*.

Le syndrome clinique diffère, suivant que les accidents éclatent et évoluent rapidement (*occlusion aiguë*) ou que, succédant à une constipation prolongée, ils procèdent lentement, par alternatives de débâcles et de stase (*obstruction*).

Occlusion aiguë. — A cette variété appartiennent : l'étranglement interne, le *volvulus*, l'occlusion par calculs biliaires. Le malade éprouve soudain, en un point de l'abdomen, une violente *douleur* qui ne tarde pas à s'étendre; en même temps surviennent des *vomissements*, alimentaires, bilieux, puis stercoraux. Succédant ou non à une diarrhée de quelques heures, la *constipation* est *absolue*, même pour les gaz; le ventre se météorise, en totalité ou en partie, ce qui entraîne de la dyspnée. Après quarante-huit heures environ, le facies se grippe (yeux caves, nez effilé), les extrémités se refroidissent, les urines diminuent ou se suppriment, le pouls devient filiforme et le malade finit par succomber au collapsus.

La *douleur*, premier signe de la forme aiguë, peut, au début, désigner par son siège, celui de l'étranglement; continue, exagérée par la pression, elle subit des paroxysmes atroces, mais tend à s'apaiser à la phase terminale.

Les *nausées* et les *vomissements* suivent, de quelques heures, la douleur initiale. Alimentaires, puis bilieux, les vomissements sont d'autant plus précoces et abondants que l'obstacle siège plus haut, que l'étranglement est plus serré et se complique plus rapidement de péritonite; auquel cas ils deviennent *porracés*. Souvent très rapidement, le malade rend un liquide épais, jaunâtre, d'odeur stercorale, où nagent des grumeaux demi-solides; ce sont les *vomissements fécaloïdes*. Toute tentative d'ingestion alimentaire, tout effort amène le vomissement, suivi d'un soulagement très fugace, et de prostration.

Quand le bout inférieur de l'intestin s'est vidé, la *constipation* devient absolue, même pour les gaz. Exceptionnellement, peut se déclarer une abondante diarrhée séreuse, attribuable soit au pincement latéral de l'intestin, soit à l'hypersécrétion de la muqueuse du bout inférieur. L'invagination peut se traduire, chez les enfants, par des selles dysentériques.

Presque toujours, après vingt-quatre ou trente-six heures, se montre le *météorisme*, quelquefois généralisé, énorme, déterminant, par refoulement du diaphragme, du hoquet et de la dyspnée, présentant une topographie qui varie avec le siège de l'obstacle. Le ballonnement empêche l'exploration méthodique de l'abdomen, possible seulement dans les premières heures.

Quand l'étranglement est très serré, l'état général s'altère très vite. Les yeux sont cernés, les joues creuses; le nez se pince et s'effile (*facies abdominal*); la *respiration* devient rapide et superficielle, le *pouls* petit et filiforme; la *voix* se casse ou s'éteint; la soif est vive. Les *urines*, rares,

contiennent souvent de l'*albumine* et presque toujours de l'*indican*. Peu à peu, les extrémités deviennent froides et violacées; la figure, de plus en plus émaciée, se couvre de sueur; le malade tombe dans l'*adynamie*, puis le *collapsus*. A moins de complication (péritonite, broncho-pneumonie), la température demeure plutôt inférieure à la normale (35°,5).

Obstruction intestinale. — Ce terme convient à l'occlusion lente et chronique, compliquant les rétrécissements cicatriciels ou néoplasiques et la constipation habituelle. Durant des semaines et des mois, les selles ne se produisent que tous les six à huit jours, composées soit de matières ovillées ou rubanées, parfois striées de sang, soit de débâcles diarrhéiques. Les malades présentent, en même temps, de l'anorexie, du tympanisme abdominal, des coliques, des nausées ou des vomissements. A un moment donné, toute expulsion de matières et de gaz cesse, le météorisme devient énorme et des accidents d'occlusion aiguë mortelle se déclarent. Il arrive aussi que la mort soit lente, attribuable à la cachexie cancéreuse ou à l'épuisement causé par la douleur et la diarrhée.

Évolution. — Entre l'occlusion aiguë et l'obstruction, il y a place pour des formes moyennes, très variables. L'étranglement par bride ou par hernie interne tue le plus souvent en deux à six jours. Le *volvulus*, l'invagination, les sténoses, l'obstruction par corps étrangers ou matières fécales, se terminent moins rarement par une débâcle spontanée qu'annonce l'expulsion de quelques gaz et de liquides par l'anus; mais la récurrence est toujours à craindre.

Complications. — L'occlusion peut se compliquer : soit de *péritonite par propagation*, presque constante, se traduisant par des douleurs plus diffuses et des vomissements porracés; soit de *péritonite par perforation* que révèlent l'aggravation du météorisme, du collapsus et le hoquet. Les adhérences anciennes s'opposent à la péritonite, mais favorisent la formation de fistules stercorales, cutanées ou muqueuses (vagin, vessie), ou de phlegmons stercoraux. La *congestion pulmonaire* est une complication fréquente; la *pneumonie* (fièvre), l'*infarctus pulmonaire* (crachats hémoptoïques), la *broncho-pneumonie* (par aspiration de particules stercorales) s'observent aussi quelquefois.

Diagnostic. — L'essentiel est d'établir : 1° L'*existence* de l'occlusion; 2° son *siège*; 3° sa *cause*.

1° **Y a-t-il occlusion?** — L'*étranglement herniaire* doit d'abord être éliminé, par l'examen attentif de toutes les régions sujettes à hernies, même rares (hernies obturatrice, vagino-labiale, périnéale).

Le *choléra* détermine des vomissements et du collapsus, mais aussi de la diarrhée, presque constante.

Les *coliques hépatique, néphrétique, saturnine*, peuvent ressembler à l'étranglement; mais, outre les caractères de la douleur, propres à chacune d'elles, la constipation n'y va jamais jusqu'à la rétention complète des gaz.

Comme l'occlusion, l'*appendicite aiguë* débute par une vive douleur localisée, puis généralisée et par des vomissements; la constipation y peut être absolue, même pour les gaz, le ballonnement est parfois rapide. La confusion, très fréquente, ne peut guère être évitée que grâce à la recherche attentive du point de Mac Burney et de la fièvre. La fièvre également et l'absence habituelle de vomissements fécaloïdes distinguent la péritonite aiguë de l'occlusion. Toutefois, le collapsus rapide et l'hypothermie que provoque la péritonite par perforation rendent parfois l'erreur inévitable.

L'*invagination intestinale*, par les selles liquides et sanguinolentes qu'elle détermine, peut faire croire à une entérite aiguë, à des polypes du rectum ou à la dysenterie.

Le diagnostic peut être très difficile entre l'*obstruction chronique*, par rétrécissement, compression ou coprostase, et la *péritonite chronique tuberculeuse* ou *cancéreuse*, se traduisant souvent par des alternatives de constipation prolongée et de débâcles. On prendra en considération : les commémoratifs, les résultats de la palpation et l'état des autres viscères.

Quel est le siège de l'occlusion? — Les signes de l'occlusion en indiquent quelquefois aussi le siège. Quand le météorisme prédomine dans la région péri-ombilicale et que les flancs sont aplatis, l'obstacle siège à la fin de l'intestin grêle. Un météorisme énorme et précoce, occupant les flancs, l'épigastre, refoulant le diaphragme, dessinant, à la vue, le trajet des colons et respectant relativement la région péri-ombilicale, indique une occlusion, soit de l'S iliaque, soit du rectum. Si le flanc gauche seul est affaissé, on en peut conclure que l'obstacle occupe la partie moyenne du colon. Les obstacles rectaux (sténose, tumeur, corps étrangers) sont accessibles au toucher. Quand l'obstacle occupe la partie inférieure de l'S iliaque, il s'oppose à la pénétration d'une sonde un peu longue et, à la conservation d'un lavement d'un litre.

En général, les vomissements sont d'autant plus précoces et abondants que l'obstacle est situé plus près du duodénum.

Le siège de la tumeur, quand elle existe, de la douleur initiale, peuvent renseigner sur celui de l'obstacle; mais ces signes ne sont appréciables que dans les premières heures.

Quelle est la cause de l'occlusion? — La cause se dégage, quelquefois, des commémoratifs, de l'âge du sujet, de la marche aiguë ou lente des accidents.

Le début de l'*invagination aiguë* est marqué, chez l'enfant, par l'apparition brusque de coliques et de vomissements, suivis après une ou deux heures de l'expulsion de matières légèrement sanguinolentes. Constante, cette diarrhée peut être profuse (12 selles en 24 heures). Une fois sur trois, la palpation fait constater dans la moitié gauche de l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque gauche, une tumeur allongée, très peu mobile, grosse comme un œuf de poule ou une tête de fœtus; par contre, la fosse iliaque droite est affaissée. Il arrive aussi que le cylindre interne invaginé soit accessible au toucher rectal, sous forme d'une tumeur dure ou flaccide. Les enfants du premier âge meurent, en trois à cinq jours, dans le collapsus. Dans la seconde enfance, la douleur, exaspérée par la pression, est souvent limitée à la tumeur; la

constipation est la règle et la mort survient vers le huitième jour, causée par des accidents de péritonite généralisée.

La guérison peut cependant se produire, grâce à l'*élimination du boudin d'invagination*, en une seule pièce ou par lambeaux, accompagnée de diarrhée fétide et d'assez fortes coliques. Malgré ce processus, la mort est encore possible, après quelques jours ou quelques semaines, par ulcération précoce ou tardive, de l'intestin, ou péritonite.

Les accidents dus au *volvulus*, à l'*étranglement interne* par brides, répondent à la description de l'occlusion aiguë. Il n'y a pas de tumeur; le météorisme est rapide et limité, le malade a subi antérieurement des péritonites.

Nombreuses sont les causes de l'*obstruction*. Le toucher, vaginal ou rectal, la palpation peuvent seuls constater la présence d'une tumeur, comprimant l'intestin et donnant lieu à des alternatives de constipation et de diarrhée.

Les *rétrécissements de l'intestin* entraînent des accidents d'occlusion intermittents et progressifs, dont la cause sera précisée, grâce au toucher rectal (*cancer du rectum*, *syphilome ano-rectal*) et à la notion : de l'âge du malade, d'une syphilis, d'une dysenterie ou d'une entérite tuberculeuse antérieures (*rétrécissements cicatriciels*). L'occlusion aiguë peut cependant être le premier signe révélateur d'un cancer de l'intestin.

L'obstruction est commune, au cours de la *péritonite tuberculeuse*, par brides ou adhérences.

Bien plus fréquente dans l'enfance, l'*invagination chronique* se traduit, pendant des années, par des crises douloureuses et des selles sanguinolentes. Objectivement, on constate, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur molle, allongée. Cette forme est souvent méconnue.

Frappant plus souvent la femme, l'*occlusion par calculs biliaires* procède lentement, par crises intermittentes, et implique des coliques hépatiques antérieures.

L'*occlusion par masse fécale*, type de l'obstruction chronique, s'observe : chez les femmes habituellement constipées; chez les vieillards, les aliénés et les paralytiques généraux. Le ventre est distendu, les fèces sont ovillées ou laminées, souvent glaireuses. Les scybales durcies sont reconnues soit au palper, sous forme d'une tumeur de consistance pâteuse, dans la fosse iliaque, soit directement, par le toucher rectal.

Enfin, des accidents aigus d'occlusion peuvent éclater en l'absence de tout obstacle mécanique au cours des matières; c'est l'*ileus nerveux*, parfois consécutif à la réduction d'une hernie, à un traumatisme abdominal, à une affection de la moelle, ou survenant sans motif, chez des névropathes ou des hystériques. Le météorisme est extrême; les vomissements sont précoces, mais rarement fécaloïdes. Les signes physiques sont nuls ou se réduisent aux stigmates de l'hystérie. La débâcle se déclare souvent au bout de plusieurs jours.

XI. — HÉMORROÏDES

Signes étiologiques. — Le nom d'hémorroïdes est réservé aux dilatations variqueuses des veines de la partie inférieure du rectum et de la marge de l'anus; on les dit *externes* ou *internes*, suivant qu'elles siègent au-dessous ou au-dessus du sphincter anal. Plus fréquentes chez les adultes, les vieillards et les femmes, les hémorroïdes sont favorisées dans leur développement par la constipation habituelle, la vie sédentaire, l'abus des purgatifs et l'arthritisme. Elles sont souvent secondaires à une affection rectale (polype, dysenterie, cancer), urinaire (cystite, lithiase, rétrécissement urétral, hypertrophie prostatique), rénale, hépatique (cirrhoses, infections biliaires) ou cardio-pulmonaire (asystolie). Préparées par la stase mécanique, par une asthénie vaso-motrice héréditaire, les hémorroïdes sont sans doute déterminées par des infections locales atténuées (Quence).

Hémorroïdes externes. — Seules accessibles à la vue, elles forment, autour de l'anus, un *bourrelet*, demi-circulaire ou circulaire, suivant leur nombre. Leur aspect, à l'état flasque, est celui de petites bosselures mollasses et indolentes, à surface cutanée sèche et ridée. Lors des poussées fluxionnaires, annoncées par de la cuisson, elles deviennent le siège de vives douleurs qu'exaspèrent la défécation, la marche, la position assise, et, éveillant souvent du ténesme vésical. Grosses alors comme une noisette, une châtaigne, les tumeurs, tendues et violacées, sont extrêmement sensibles, entourées d'une zone inflammatoire rosée. La crise, accompagnée d'un léger état gastrique et de ténesme rectal, entre en *résolution* au bout d'une semaine ou deux soit spontanément, soit après *rupture* des tumeurs et *hémorragie*. Exceptionnelle et toujours circonscrite, la *suppuration* peut laisser après elle un trajet fistuleux. Les tumeurs flétries restent sujettes à des *fissures* et à des *gerçures* très pénibles.

Hémorroïdes internes. — A moins de procidence, les hémorroïdes internes ne deviennent apparentes qu'au moment de la défécation, poussées par le bol fécal. Le premier signe révélateur peut être une *hémorragie* qu'annoncent quelquefois de la pesanteur rectale, de la gêne dans la station assise et dans la marche. On observe aussi, en bien des cas, du prurit, de vives douleurs locales et irradiées lors de la défécation, du ténesme vésical, un léger embarras gastrique à peine fébrile. Après quatre à cinq jours, la résolution s'opère, coïncidant parfois avec une petite hémorragie (un demi-verre de sang) qui confirme le diagnostic, ne reposant autrement que sur des signes de présomption.

Les hémorroïdes internes deviennent *procidentes*, au cours des poussées fluxionnaires et sous l'influence des efforts de défécation. D'abord passagère, la procidence tend à devenir permanente, chez les vieux hémorroïdaires, grâce à la répétition des crises fluxionnaires et à l'atonie du sphincter. Elles apparaissent formées de bosselures lisses, arrondies, rosées ou violacées,

enduites de mucus, semées parfois d'excoriations, groupées en bouquet ou en couronne, encadrées en certains cas par un bourrelet d'hémorroïdes externes à enveloppe cutanée.

Les hémorroïdes procidentes non enflammées sont aisément réductibles par le malade lui-même. En cas de poussée aiguë, cette réduction devient difficile ou impossible; les douleurs sont alors très vives et très cuisantes, accompagnées de ténesme rectal et vésical. Chez les malades jeunes et nerveux surtout, le sphincter contracturé entraîne un *étranglement* véritable; source de douleurs atroces; de sensations de serrement, de déchirure et de brûlure qui irradient vers le col vésical, vers l'utérus, chez la femme, et s'exaspèrent la nuit. Ces accidents, accompagnés d'un peu de fièvre et d'état saburral, durent quatre à cinq jours, puis aboutissent à la résolution, avec ou sans écoulement sanguin; d'autres fois intervient le *sphacèle partiel ou total des bourrelets* étranglés, semés en ce cas de petites escarres, grises ou jaunâtres, dont l'élimination permet aux tumeurs de se vider, mais laisse des ulcérations puis des cicatrices rétractiles qui déterminent quelquefois le *rétrécissement de l'anus*.

Les bourrelets peuvent encore subir l'*inflammation chronique*; ils s'indurent, se creusent de fissures et deviennent l'origine d'une *rectite chronique* que révèle la sécrétion de mucosités glaireuses très irritantes.

Exceptionnellement, les bourrelets *suppurent*, d'où peuvent résulter toutes les variétés d'*abcès de la marge de l'anus* et *péri-rectaux*, avec leurs conséquences (fusées purulentes, fistules, érysipèle, etc.).

Diagnostic. — Il est en général facile. On ne confondra pas les hémorroïdes externes avec les *condylomes*, situés à la commissure de l'anus, rugueux et indolents, associés d'habitude à d'autres accidents spécifiques; avec les *végétations simples*, d'un tout autre aspect (en choux-fleur); avec l'*épithéliome anal*, très dur au toucher, rapidement compliqué d'adénopathies. Il peut arriver, du reste, qu'un chancre ou des plaques muqueuses se greffent sur des hémorroïdes.

Les *hémorroïdes internes* non procidentes ne sont que soupçonnées, à moins qu'un lavement ne les entraîne au dehors. Chez l'enfant, il faut songer à la procidence simple de la muqueuse (tumeur rouge, lisse, sans bosselure), ou à un *polype du rectum* (tumeur rosée, dure, pédiculée), quoique les hémorroïdes ne soient pas exceptionnelles à cet âge. Tout au début, le *cancer du rectum*, malgré sa dureté bien spéciale, pourra, à la rigueur, en imposer pour des hémorroïdes. On n'oubliera pas, non plus, que des hémorroïdes vraies peuvent masquer un véritable épithélioma rectal. La présence d'hémorroïdes ne devra pas non plus faire méconnaître celle d'un *rétrécissement du rectum*, d'une *fistule* ou d'une *fissure à l'anus*, d'une *suppuration anale* ou *péri-anale* qui peuvent se dissimuler derrière elles.