

ment, puis on cite çà et là des faits où l'incontinence des matières fécales en aurait été le résultat. Pour ma part, je n'ai jamais vu cette incontinence persister au delà de quelques mois, mais on aurait tort de s'exposer, sans raisons péremptoires, à infliger cette infirmité, ne fût-elle que temporaire, et d'ores et déjà je me rallie à l'incision simple, si cette opération est suffisante pour assurer le succès, sans avoir à craindre une fistule consécutive.

Mais vraiment j'ai peur qu'il n'en soit pas ainsi, et il me semble qu'un nombre considérable d'observations où l'incision a été pratiquée, le drainage, la désinfection du foyer, viennent, par leur insuccès thérapeutique et l'apparition d'un trajet fistuleux, témoigner de l'insuffisance de la méthode. Je ne voudrais pas reproduire ici les nombreux faits où les meilleurs chirurgiens ont échoué dans leurs tentatives. Après les discussions de la Société de chirurgie, j'ai voulu plusieurs fois essayer du procédé de Foubert, et je dois dire que l'insuccès a été de règle. Je puis vous en citer un cas tout récent : Rappelez-vous ce marchand de vins de 61 ans, qui entra dans nos salles pour un phlegmon de l'œil; l'orbite était évidée et la guérison obtenue, lorsque survint un abcès de la fosse ischio-rectale. Un de mes internes l'incise largement sans toucher au sphincter et, au bout de peu de jours, notre opéré s'en va guéri. Il rentre dans le service du D<sup>r</sup> Albert Robin pour des accidents cardio-pulmonaires; je l'examine à nouveau, et je trouve sur la cicatrice une petite perte de substance par où mon stylet s'enfonce dans un trajet fistuleux. La cure n'était qu'apparente.

Serait-ce parce que l'incision n'avait pas été correcte? M. Pierre Delbet et Auguste Broca disent qu'il faut pratiquer une large incision antéro-postérieure parallèle au raphé périnéal médian; grâce à elle, la cicatrisation survient; dans un cas de Pierre Delbet, le phlegmon entourait le rectum et envahissait les deux fosses ischio-rectales et la guérison n'en fut pas moins obtenue. Or, comme nos collègues savent ce que parler veut dire, il est évident, bien qu'ils ne le spécifient pas dans leur courte communication, qu'ils ont revu leurs opérés et constaté l'absence de récurrence. Le fait est de grande importance. Mon interne aurait certainement cru à la guérison définitive du malade, si les hasards d'une autre affection ne l'eussent ramené dans le même hôpital, et si nous n'avions eu la curiosité de vérifier l'état de la région.

Il y a donc là un point à contrôler et je doute encore; cependant l'opinion de mes collègues pèse d'un trop grand poids pour que je n'essaye pas de l'incision simple des abcès de la fosse ischio-rectale, dès qu'un cas se présentera dans notre pratique, et j'aurai soin d'orienter mon incision comme on nous le prescrit : longue ouverture de tout le foyer par une incision antéro-postérieure, parallèle au raphé périnéal médian. On ne peut juger d'une méthode que lorsqu'on l'a loyalement expérimentée, observant au pied de la lettre les instructions de ceux qui la préconisent et à qui elle a donné des succès. Aussi, Messieurs, je résume cette conférence de la manière suivante : Pour les abcès intra-sphinctériens, de beaucoup les plus nombreux, dans la proportion de dix à un si j'en crois mes relevés, nous aurons recours

à la méthode de Faget; pour les extra-sphinctériens, de bons chirurgiens paraissent avoir obtenu des succès par la simple incision antéro-postérieure; nous devons essayer du procédé, car, s'il est efficace, il est supérieur à l'incision du sphincter, puisqu'il provoque moins de délabrement, guérit plus vite, et n'expose pas à l'incontinence des matières fécales.

## II

## Traitement des hémorroïdes.

MESSIEURS,

En moins de six semaines, vous m'avez vu opérer quatre malades atteints d'hémorroïdes. Le traitement n'a pas toujours été le même; il a varié avec les cas particuliers et suivant les indications cliniques. A propos de ces observations, je voudrais reprendre, dans son ensemble, la question de la thérapeutique des varices de la région anale et montrer la conduite à tenir aux différents degrés de cette affection, si intéressante à raison de son extrême fréquence.

Il est une période de début que j'appellerai volontiers médicale et pour laquelle on ne demande guère d'avis au chirurgien: à peine le malade éprouve-t-il, à des intervalles éloignés, des pesanteurs à l'anus, une sensation de plénitude, quelques fausses envies d'aller à la selle, une sorte d'ardeur dans la région; de petites tumeurs du volume d'un pois soulèvent la muqueuse de la marge et, à chaque défécation, une certaine quantité de sang vient teinter les matières. Nous n'indiquerons pas ici les moyens innombrables imaginés pour combattre les hémorroïdes au premier degré; nos formu-

lares contiennent un nombre vraiment incroyable de pommades et de suppositoires où le beurre de cacao, le tannin, l'extrait thébaïque, l'onguent populeum, l'extrait de belladone et de jusquiame, le ratanhia, l'hamamelis et la cocaïne se combinent de mille manières.

Cependant, nous pouvons, comme tant d'autres, indiquer notre traitement : on doit veiller à la liberté du ventre, car si les hémorroïdes provoquent la constipation, la constipation aggrave les hémorroïdes ; et nous nous trouvons en présence de la longue série des laxatifs, dont nous ne voudrions pas aborder même l'énumération. Aux lotions froides sur le périnée et aux lavements froids conservés par la tradition, nous avons substitué les lavements et les lotions avec de l'eau à la température de 50 à 55 degrés centigrades ; l'action en est certainement plus rapide et plus sûre. Puis, quelques minutes avant la selle, nous faisons introduire, dans le trajet sphinctérien, un tout petit tamponnet d'ouate hydrophile — son volume ne dépasse pas un gros pois — que l'on imbibe d'une solution de cocaïne à 2 p. 100. Immédiatement après la défécation, on a de nouveau recours aux lotions chaudes sur le périnée et, pour peu que la douleur persiste, on remet un tampon de cocaïne. J'ai vu nombre d'individus, parmi lesquels un de nos collègues des hôpitaux et de la Faculté, qui apaisent ainsi ou même guérissent leurs quelques crises annuelles d'hémorroïdes, et ne songent nullement à s'adresser aux chirurgiens.

Mais les varices anales peuvent s'accroître et les accidents devenir plus pénibles : la constipation est plus re-

belle, et chaque défécation s'accompagne d'une crise douloureuse, qu'apaise à peine l'issue d'un flux sanguin abondant. Après la selle, on constate, hors de l'anus, un bourrelet, amas d'hémorroïdes congestionnées qui provoque de fausses envies, et des souffrances très vives. Le malade, assis sur un coin de chaise, sur un bord de table, multiplie les efforts pour faire rentrer les masses procidentes et n'y parvient qu'après un temps fort long. Encore n'est-il pas certain, qu'après cette réduction, les douleurs vont cesser. Elles durent environ vingt minutes, une demi-heure, tout comme les névralgies qu'occasionne la fissure. Ces hémorragies incessantes que précède et que suit un écoulement muco-purulent, une sorte de leucorrhée anale, ces souffrances répétées affaiblissent le malheureux dont la face prend bientôt une pâleur de cire ; ses lèvres se décolorent ; il a des vertiges, des étourdissements, des battements de cœur, et l'anémie peut être assez rapide pour que la vie en soit sérieusement menacée.

Ici, la chirurgie doit intervenir, et le moyen dont elle dispose, la dilatation anale, est vraiment merveilleux, car sa bénignité n'a d'égale que son efficacité. Imaginée par Récamier, simplifiée par Maisonneuve, cette méthode n'était pas entrée dans la pratique ; on y recourait pour la fissure, on l'ignorait pour les hémorroïdes, lorsque, en 1877, Fontan publia un mémoire qui, peut-être, aurait eu le sort des recherches de Maisonneuve, si Verneuil ne s'était emparé de la question et ne lui avait donné l'appui de son autorité et de sa grande pratique. Depuis, la dilatation a pris son essor : on ne compte plus les travaux qu'elle a suscités ; elle est d'usage si cou-

rant qu'il n'est pas de médecin qui ne s'adresse à cette méthode. Mais les procédés en varient un peu, et tandis que certains chirurgiens, comme Nélaton et Guyon, préfèrent la dilatation forcée à l'aide des pouces ou des index, d'autres, comme Verneuil et Trélat, ont préconisé l'emploi du spéculum.

On sait comment se pratique la dilatation avec les doigts : le patient n'est pas soumis à l'anesthésie chloroformique ; il est couché dans la position classique pour l'examen de l'anus, et le chirurgien introduit, dans l'orifice rectal, les deux pouces ou les deux index juxtaposés dos à dos. Lorsqu'ils sont bien arrivés dans l'ampoule, on les recourbe un peu pour accrocher le rebord supérieur du sphincter, puis on les écarte brusquement et d'un effort énergique, jusqu'à ce que les branches ischio-pubiennes les arrêtent. Guyon appuie sur la nécessité de surprendre le malade, de façon à déchirer le sphincter qui résiste. Nous n'adoptons pas ce procédé : d'abord, il est douloureux. Déjà l'introduction des doigts est pénible dans cet anus encombré d'hémorroïdes turgescents et souvent enflammés ; que dire alors de la souffrance que provoque la rupture du sphincter ! Et puis on ne réussit pas toujours ; le patient s'agite, se dérobe, échappe à la première tentative, et ne veut plus se soumettre à la seconde.

Aussi je me sers du spéculum. La dilatation forcée se pratique alors sous l'anesthésie, et Trélat insiste sur la nécessité d'un sommeil complet, autant pour opérer à l'aise, sans révolte du patient, que pour éviter des réflexes graves, et les syncopes respiratoires ou cardiaques de la demi-chloroformisation. Ici, dans ce service, nous

nous adressons à la cocaïne, vous le savez, et vous m'avez vu, dans mes quatre opérations, insensibiliser la région par un procédé que je vous rappelle en quelques mots : on insinue dans le trajet sphinctérien, et jusque dans l'ampoule rectale, un tampon imbibé d'une solution de cocaïne au cinquantième : on l'y laisse de trois à quatre minutes ; puis on introduit, dans l'anus, le doigt qui guide, à travers la muqueuse, l'aiguille de Pravaz dans l'intérieur du muscle ; par six piqûres séparées dans l'épaisseur du sphincter, on enfonce l'aiguille qui, chaque fois, dépose dans sa marche ascendante le contenu d'une seringue d'une solution au centième. On a bien soin de faire progresser l'aiguille en même temps qu'on pousse le piston ; on évite ainsi de faire pénétrer le liquide dans l'intérieur d'une veine. Lorsque les six injections de cocaïne sont terminées, on attend trois ou quatre minutes : l'analgésie est alors suffisante et l'on peut introduire le spéculum.

M. Verneuil se servait du spéculum bivalve ordinaire ; nous préférons celui que Trélat a fait construire pour pratiquer la dilatation et qui est maintenant dans toutes les mains ; l'écartement maximum des deux valves mesure 8 centimètres et la circonférence de l'instrument ouvert près de 20. Lorsque le patient est anesthésié, on le place en position classique et l'on introduit doucement le spéculum enduit de vaseline ; on en rapproche alors les branches peu à peu, sans secousses, par un effort progressif et avec lenteur. « Il faut parfois jusqu'à deux et trois minutes, dit Trélat, pour arriver à l'ouverture complète du spéculum. Quand vous l'avez obtenue, vous refermez l'instrument sans le retirer, vous le re-

tournez dans un autre sens et vous recommencez la dilatation dans ce sens avec les mêmes précautions que la première fois. Cependant, la résistance des sphincters étant déjà, en partie, détruite, ce second temps de dilatation nécessite un effort sensiblement moindre et peut être conduit moins lentement que le premier. »

La dilatation anale, par ce procédé, est une des opérations que j'ai pratiquées le plus souvent, et c'est peut-être celle qui donne les plus grandes satisfactions. A peine quelques gouttes de sang, dues à l'éraillure de la muqueuse, s'écoulent par l'anus, à peine le patient éprouve-t-il, une fois dissipée l'anesthésie locale ou générale, une légère cuisson qui s'éteint au bout d'une heure ou deux, si la pommade au ratanhia et à la belladone ne l'a déjà calmée; dès le lendemain, les selles cessent d'être douloureuses et les pertes de sang sont taries; en général même la constipation s'atténue ou disparaît, et l'on assiste à une véritable résurrection de ces malheureux qu'anémiaient la douleur et les hémorragies. Et puis, on réussit toujours : le nombre de mes dilatations dépasse certainement soixante : je ne connais qu'une fillette de treize ans qui ne me paraisse pas avoir bénéficié de mon opération. Encore était-ce au début de ma pratique et je n'oserais affirmer que, dans ce cas, la dilatation ait été faite selon les règles si bien établies par mes maîtres Verneuil et Trélat.

D'inconvénients immédiats ou lointains, je n'en connais pas, chez l'homme, sauf une rétention d'urine assez fréquente, mais toujours passagère et qui cède, d'habitude, au premier cathétérisme. On a signalé la parésie sphinctérienne et l'incontinence temporaire des ma-

tières. Pour ma part, je ne l'ai jamais observée; je dirai même qu'il m'est arrivé souvent d'explorer après quelques heures le trajet anal, pour y porter, du bout du doigt, une pommade analgésiante ou antiseptique, et de sentir de toutes parts ce doigt serré par le sphincter, tout comme avant l'opération; et cela à ce point que je me demandais si la dilatation ne serait pas illusoire! Ce qui parfois m'a inquiété aussi, est l'issue, après l'intervention, d'une masse énorme d'hémorroïdes : je les ai vues, dans certains cas, sortir avec une telle abondance, que, malgré la dilatation préalable, des phénomènes d'étranglement se montrèrent. Les applications de compresses de tarlatane imbibées dans de l'eau à 50 degrés calment alors les douleurs, apaisent la congestion et, sous leur influence, les masses variqueuses les plus turgescentes ne tardent pas à se flétrir.

Le seul reproche que l'on puisse faire à cette opération admirable, c'est que la récurrence survient quelquefois : mais elle est vraiment exceptionnelle, et je ne pourrais en fournir que 4 exemples dans ma pratique. J'ai, sur un septuagénaire, ouvert un anus iliaque pour parer à une obstruction due à une parésie intestinale; je dilatai, en même temps, l'anus pour des hémorroïdes dont notre patient souffrait depuis une cinquantaine d'années et qui étaient, pour lui, un véritable calvaire; il avait été soigné par Racle, par Follin, par Broca, qui avait essayé de traiter ce bourrelet variqueux par des injections d'alcool. Rien n'y avait fait; aussi ne croyait-il plus à l'efficacité des remèdes, lorsque cette dilatation fut pour lui comme le début d'une ère nouvelle. Les

masses hémorroïdaires, issues de l'anus après que le sphincter eut été forcé, finirent par se flétrir sous les applications d'eau chaude et, pendant un an, la guérison parut radicale. Puis, peu à peu, les tumeurs se sont reformées, les douleurs ont reparu ainsi que les écoulements sanguins, et une intervention serait nécessaire. L'existence du canal de dérivation ouvert sur l'S iliaque n'a pas empêché l'infirmité de revenir autour de l'anus normal.

Une des premières dilatations que j'ai pratiquées a été aussi suivie de récurrence : il s'agissait d'un négociant de Bordeaux, tourmenté par des hémorroïdes depuis un grand nombre d'années; chez lui les pertes de sang étaient devenues si inquiétantes, que malgré son appréhension de la chirurgie, il réclamait une intervention immédiate. Le soir de la dilatation je trouvai la rainure interfessière envahie par une masse qui s'était échappée de l'anus, et d'un volume plus gros que le poing. Les douleurs étaient vives et ne furent calmées que par l'application d'eau chaude et par des pulvérisations continues avec la marmite de Championnière; déjà, au bout de trois ou quatre jours, la turgescence était moins marquée, les paquets variqueux moins tendus; la masse s'affaissa peu à peu et, vers la fin de la deuxième semaine, il ne restait guère qu'une collerette procidente de peau et de muqueuse souples: pendant deux ans, notre opéré se crut guéri. Mais voici que peu à peu les varices se sont reformées, les crises, d'abord espacées, se sont succédé à brefs intervalles, et une opération nouvelle est urgente.

Il y a trois ans environ je dilatai un jeune pasteur

protestant, que des douleurs incessantes et un flux sanguin, amené par chaque selle, avaient conduit au dernier degré de l'anémie. On le croyait poitrinaire et, dans sa famille, on craignait un rapide dénouement. Le sphincter fut forcé et, sauf l'issue d'une masse énorme d'hémorroïdes, l'intervention ne présenta rien d'anormal: la guérison fut prompte et la vigueur revint telle, qu'au bout de trois ou quatre mois, notre pasteur avait repris son activité primitive. Mais, vers la deuxième année, les paquets variqueux se remontrent, le sang recommence à couler et il me fallut intervenir à nouveau. Même histoire pour un professeur d'un de nos lycées de Paris: la dilatation s'accompagne de l'issue d'un bourrelet hémorroïdaire qui se flétrit, la cure semble complète, mais, au bout de trois ans, les premiers accidents reparaisent et une nouvelle opération s'impose.

Ces récurrences se comprennent: la contraction sphinctérienne est sans cesse provoquée par la présence des hémorroïdes qui réagissent sur l'anneau musculaire; le réflexe est d'autant plus actif que les varices sont plus procidentes et plus enflammées, et c'est alors qu'apparaissent le ténesme, les épreintes, les congestions et les hémorragies. Entre les hémorroïdes et la contracture il y a donc échange de mauvais procédés; les premières appellent la seconde, et la seconde aggrave les premières. La dilatation qui rompt le sphincter rompt, sans jeu de mots, ce cercle vicieux et la guérison survient. Cependant, comme dans les 4 observations précédentes, lorsque les varices sont assez abondantes pour faire issue en bourrelets volumineux au travers de l'anus forcé, il en