

timètres de hauteur, et Montanier un pilon de mortier de cuisine long de 30 centimètres. Le même individu s'étant introduit ultérieurement un cylindre de 55 centimètres, se perfora l'S iliaque et succomba à une péritonite aiguë, le lavement qu'il s'administra pour calmer la douleur ayant passé dans la cavité péritonéale.

### III. — Fissure à l'anus.

La fissure à l'anus est une sorte de gerçure accompagnée de constriction spasmodique du sphincter; et l'on trouve même des cas où cette constriction sans fissure donne lieu aux mêmes accidents. De là deux éléments, auxquels on s'est attaqué tour à tour. Ainsi, on a cherché à ramener la fissure aux conditions d'une plaie ordinaire, à l'aide de pommades toniques, astringentes, narcotiques; ou en la cautérisant avec le nitrate d'argent, ou enfin en excisant toute la surface ulcérée: moyens peu sûrs, et qui échouent le plus souvent. On a mieux réussi en combattant la constriction du sphincter; et il y a ici deux procédés, l'incision et la dilatation forcée.

1° *Incision.* — L'incision complètement abandonnée aujourd'hui se faisait par deux procédés, celui de Boyer, celui de Dupuytren. Boyer divisait la muqueuse, la peau et le sphincter jusqu'au delà de ce muscle. Blandin avait essayé, sans succès du reste, l'incision sous-cutanée du sphincter. Dupuytren se bornait à faire une très petite incision de la muqueuse au niveau de la fissure, dans le but de transformer une plaie sans tendance à la guérison en plaie récente et saignante. J'ai encore vu Laugier opérer de cette manière et sur un malade, atteint de légères hémorroïdes et d'une fissure; l'incision simple faite par Laugier amena l'infection purulente et la mort.

Chassaignac faisait l'opération de Boyer en enfonçant le trocart conducteur de la chaîne à deux centimètres de l'anus, pour le faire sortir par l'ouverture anale, et sectionnait par écrasement toutes les parties intermédiaires.

2° *Dilatation forcée.* — Le sujet couché sur le bord du lit, les cuisses fortement fléchies et écartées, on introduit l'un après l'autre les deux pouces dans le rectum, les quatre autres doigts de chaque main appliqués en dehors sur les tubérosités sciatiques. On a la sensation d'une rupture profonde; un peu de sang coule

de la fissure; il y a aussi une ecchymose plus ou moins forte autour de l'anus; mais jusqu'ici on n'a pas vu d'autre accident. Tout pansement est inutile; et, dès le jour même ou le lendemain, les malades peuvent se tenir debout et s'asseoir sans douleur.

*Appréciation.* — L'élément important n'est point la fissure, mais la contraction spasmodique et douloureuse du sphincter. La seule méthode à employer est donc la dilatation forcée.

### IV. — Fistule à l'anus.

On distingue les fissures *borgnes externes*, qui ne communiquent point avec l'intestin; les fistules *borgnes internes*, qui ne communiquent point à l'extérieur; et les fistules *complètes*, qui présentent un trajet étendu de l'intestin à la peau qui avoisine l'anus. Souvent il y a plusieurs orifices à l'extérieur, plus rarement à l'intérieur; parfois plusieurs clapiers communiquent avec le trajet principal. L'orifice interne est quelquefois bordé d'un bourgeon saillant; mais presque toujours il est lisse et ne peut être reconnu au toucher. Il se rencontre généralement entre la peau et le sphincter, ou dans le tissu même du sphincter, et rarement à plus de 3 centimètres au delà de l'anus. Quand il s'élève plus haut, assez souvent l'intestin est décollé des tissus ambiants dans une certaine étendue.

Les fistules *borgnes externes* se traitent comme les ulcères fistuleux ordinaires, par les injections, par la compression, la cautérisation; ou bien en ravivant leur trajet, ou en agrandissant l'orifice extérieur qui ne donne passage au pus que difficilement, ou encore en enlevant quelque portion de peau calleuse et malade; et si enfin la paroi du rectum est trop amincie pour qu'on puisse en espérer le recollement, un dernier moyen est de comprendre le rectum dans l'incision du trajet fistuleux.

Les fistules *borgnes internes* doivent être largement ouvertes par une incision qui comprend à la fois le rectum et les téguments.

Quant aux fistules *complètes*, on a aussi essayé de les traiter comme des ulcères fistuleux, par les injections, la compression, la cautérisation; et l'on a ainsi obtenu quelques guérisons, aussi rares que les guérisons spontanées. La communication avec le rectum, le suintement des matières qui traversent cet intestin, l'effort



des gaz, sont des obstacles si puissants à l'oblitération du trajet fistuleux, que l'on compte même moins de guérisons de ce genre que dans les fistules stercorales succédant aux hernies étranglées. Reste une indication bien différente, la destruction des parties



FIG. 609.

Fistule borgne interne.

FIG. 610.

Fistule borgne externe.

FIG. 611.

Fistule complète.

molles qui séparent la fistule de la cavité rectale, pour confondre en un canal unique et la fistule et l'intestin. On y arrive par l'incision, la ligature élastique, l'électrolyse, la section par pincement et l'écrasement linéaire.

Toutes ces opérations exigent d'ailleurs que l'on s'assure au préalable de la direction de la fistule, comme de l'existence et de

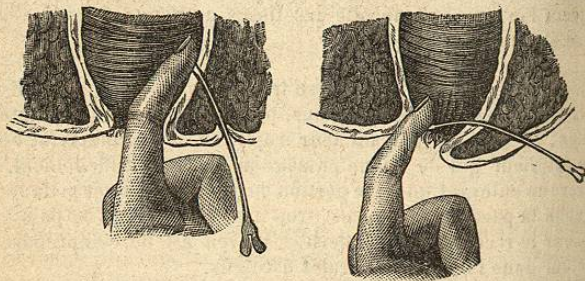


FIG. 612.

Fistule à l'anus. — Introduction de la sonde cannelée.

la position de son orifice interne; cette exploration se fait par le procédé suivant.

Le malade couché sur le bord de son lit, la cuisse de dessous étendue, l'autre fléchie, un aide se charge d'écarter les fesses.

On découvre sans peine l'orifice externe de la fistule par les humidités stercorales qui en sortent. Quand l'orifice interne se trouve au milieu d'une petite induration en cul de poule, ou d'un ulcère assez large, l'indicateur le reconnaît encore aisément; on peut aussi aller à sa recherche à l'aide du *speculum ani*. Mais il est rare que l'on ait recours à cet instrument; on se borne en général à introduire par l'orifice externe un stylet boutonné, d'argent recuit, avec lequel on suit le trajet fistuleux jusqu'à son ori-

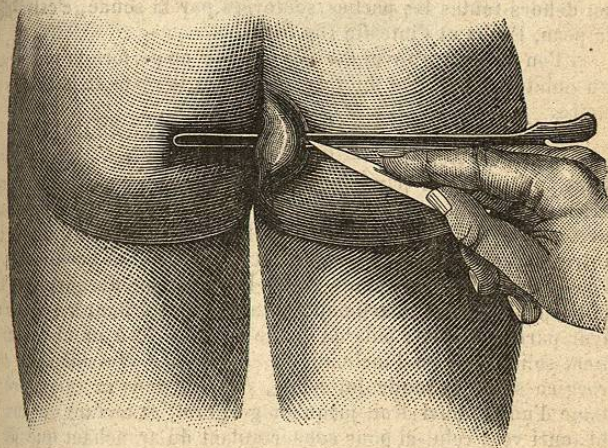


FIG. 613.

Fistule à l'anus. — Section de la sonde cannelée.

ce dans le rectum. Le stylet pénètre facilement quand le trajet fistuleux est simple et direct; mais quand celui-ci se recourbe en divers sens ou qu'il y a plusieurs clapiers, il faut porter le stylet dans chaque clapier. Enfin, fréquemment le stylet, glissant avec liberté jusque près de l'intestin, est arrêté par la muqueuse qu'on sent partout décollée, et l'on ne peut trouver l'orifice interne. Ce n'est pas une contre-indication à l'opération; seulement le procédé a besoin alors d'être modifié.

<sup>1</sup> *Incision*. — Elle se pratique par deux procédés principaux, selon que l'orifice interne est à la portée du doigt, ou s'élève beaucoup au-dessus.



*Procédé ordinaire.* — Lorsque l'orifice interne se trouve à la portée du doigt, le malade placé comme pour l'exploration, le chirurgien introduit par l'orifice externe une sonde cannelée, d'argent recuit et flexible, et porte en même temps l'indicateur gauche dans le rectum. Quand il sent le bout de la sonde qui s'arc-boute contre les tuniques de l'intestin, il cherche l'orifice interne de la fistule, la traverse avec la sonde, et ramène celle-ci par l'anus. On fait alors glisser la pointe du bistouri le long de la cannelure, le tranchant en dehors, de manière à couper d'un seul coup et de dedans en dehors toutes les parties soulevées par la sonde, c'est-à-dire la peau, l'anus et l'intestin (fig. 613).

Si l'on ne peut trouver l'orifice interne, on perfore la muqueuse au point le plus élevé du décollement, et le reste se fait à l'ordinaire.

*Procédé de Desault.* — Quand l'orifice interne est situé plus haut, on introduit par l'anus un gorgeret de buis ou d'ébène, arrondi en demi-cylindre d'un côté, creusé d'une large cannelure avec cul-de-sac de l'autre, et d'ailleurs suffisamment huilé. On introduit ensuite la sonde dans le trajet fistuleux à l'ordinaire, et l'on arc-boute son extrémité contre le cul-de-sac du gorgeret. On fait jouer les deux instruments l'un sur l'autre pour s'assurer de leur parfait contact; puis on confie le gorgeret à un aide, qui le tient solidement en l'inclinant du côté de la fesse saine. Le chirurgien saisit la sonde lui-même, conduit dans sa cannelure la lame d'un bistouri droit jusqu'au gorgeret, et incline un peu le bistouri vers celui-ci pour couper autant du tranchant que de la pointe, et faire agir l'instrument plutôt en sciant qu'en pressant. Il tire donc le bistouri à lui sans abandonner le gorgeret, et divise ainsi tout ce qui est compris entre les deux. Il faut, pour que l'incision soit complète, que l'on puisse retirer ensemble la sonde et le gorgeret, maintenus en parfait contact. Si quelque portion n'a pas été incisée, on reporte de nouveau le bistouri dans la cannelure de la sonde jusqu'au gorgeret, et l'on ramène en dehors à la fois le bistouri et le gorgeret réunis à angle, en sorte que rien de ce qui est compris dans cet angle ne puisse plus échapper.

Dans le cas où l'on ne trouverait pas l'orifice interne, la sonde appuyant contre le gorgeret, dont elle serait séparée par la paroi intestinale, on ferait agir à l'ordinaire le bistouri qui diviserait alors cette paroi; ou bien on se servirait d'une sonde d'acier un peu pointue, qui traverserait elle-même la paroi intestinale pour s'appuyer immédiatement contre le gorgeret.

Quand la fistule est simple, une simple incision suffit. Si la peau

est décollée dans une plus ou moins grande étendue, il faut la fendre et l'exciser pour obtenir une plaie plate. La dénudation de l'intestin au-dessus de l'incision exige qu'on y porte des ciseaux dirigés sur le doigt indicateur, pour inciser la portion décollée et flottante. Quand il y a plusieurs trajets aboutissant à un orifice commun, on les fend tous successivement; et si la peau qui les sépare est amincie, décollée ou altérée, on l'excise. Les callosités ont rarement besoin d'être emportées; il suffit de les scarifier en

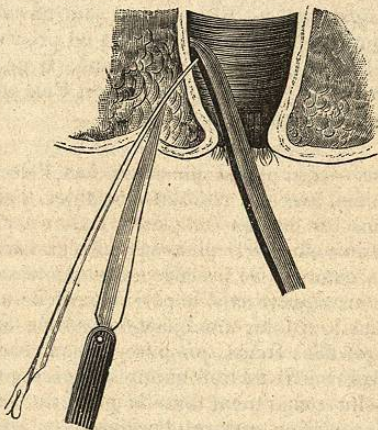


FIG. 614.

Fistule à l'anus. — Procédé de Desault.

divers sens pour que la suppuration en amène la fonte. Enfin quand, après l'incision faite, on reconnaît que le fond de la fistule est inégal, creusé de petits clapiers ou de petits trajets fistuleux sans orifices internes, il faut les diviser largement. Je reviendrai plus loin sur la question des pansements.

2<sup>e</sup> *Écrasement linéaire.* — Il a joui pendant quelque temps d'une certaine faveur, mais il a été justement abandonné pour les fistules peu profondes. Il convient au contraire de l'employer en raison de la vascularité du rectum et de la hauteur assez grande des parties incisées, quand il s'agit de fistules dont l'orifice est situé très haut, de celles qu'on peut appeler *pelvi-rectales supérieures*.



On dilate, s'il le faut, préalablement la fistule, on conduit jusqu'au point voulu un trocart courbe à drainage. On engage dans la fente qui avoisine sa pointe un fil qui sert à conduire la chaîne dans le trajet de la fistule. Si l'orifice interne est situé très haut, on retire la tige du trocart lorsqu'elle a traversé la paroi rectale, on pousse dans la canule une bougie fine qu'on va saisir dans le rectum et qu'on ramène par l'anus, on lui attache le fil et, en la retirant, le fil conducteur de la chaîne se trouve placé.

3° *Ligature élastique.* — Elle a aussi joui un moment de la faveur de quelques chirurgiens, mais c'est un procédé si lent, si douloureux qu'il a été justement abandonné. Il ne saurait être mis en parallèle avec l'écrasement linéaire et c'est pour la fistule anale un procédé absolument détestable.

4° *Electrolyse.* — J'ai essayé plusieurs fois l'électrolyse pour des fistules étroites, avec des résultats variables. J'ai le plus souvent échoué dans les fistules complètes, mais c'est un très bon procédé qui m'a au contraire le plus souvent réussi dans les petites fistules borgnes externes. Je procède de manière suivante : Un stylet ordinaire en rapport avec le pôle négatif de mon appareil est introduit dans la fistule ; une éponge mouillée appliquée sur la peau ou engagée dans l'anus, est mise en communication avec le pôle positif. Après deux ou trois minutes du passage du courant, une eschare molle comprenant toute la paroi du trajet fistuleux est produite et la guérison survient d'ordinaire en quelques jours.

5° *Division par pincement.* — L'instrument employé est l'entérotome de Dupuytren. On divise avec le bistouri le pont cutané qui sépare l'anus de l'orifice externe. On porte la branche mâle dans la fistule, la branche femelle dans le rectum, assez haut pour embrasser toutes les parties à diviser, et l'on serre énergiquement. Ce procédé peut trouver quelques rares cas d'application, mais il ne vaut pas en général l'écrasement linéaire et l'anse galvanocaustique.

6° *Division par le thermo-cautère.* — On agit comme pour l'incision au bistouri en ce qui regarde l'introduction de la sonde cannelée, puis on sectionne à petits coups les parties chargées sur la sonde. Le thermo-cautère agit avec presque autant de rapidité que le bistouri et présente plus de sécurité chez les malades atteints d'hémorrhoides.

*Appréciation.* — Le bistouri est, pour les fistules portant sur la région des sphincters, le moyen le plus souvent employé ; on lui substitue avec avantage le thermo-cautère. Si la fistule remonte un peu haut, l'écraseur, l'anse galvanique doivent être préférés au bistouri. L'entérotome convient aux cas exceptionnels de fistules remontant très haut et s'accompagnant de décollement du rectum, J'ai à signaler ici deux particularités qui concernent, l'une le pansement consécutif, et la réunion par première intention ; l'autre l'incontinence des matières qui suit quelquefois l'opération de la fistule à l'anus.

1° *Réunion par première intention.* — Le but de l'opération est de transformer la fistule en une plaie exposée, qui dès lors se couvre de granulations et la plaie se cicatrise du fond vers la superficie. Il me parut qu'une fois la fistule mise à découvert par l'incision, il était possible de la transformer en une plaie vive soit en excisant les parois de la fistule au bistouri, soit en les enlevant par le grattage, et de chercher alors par la suture à obtenir la réunion immédiate. En cas de réussite, on abrègerait ainsi la durée quelquefois si longue du traitement ultérieur. Voici comment je procède : je fais le procédé ordinaire par l'incision au bistouri, j'enlève par l'excision ou le grattage la paroi de la fistule et je réunis toute la plaie par quelques points de suture métallique.

J'ai obtenu ainsi dans le plus grand nombre des cas où j'ai employé ce procédé et en quelques jours, une guérison qui, par le procédé ordinaire, a demandé quelques semaines. Cette manière de faire a de plus le très grand avantage de mettre à l'abri de l'accident dont il me reste à parler.

2° *Incontinence des matières.* — Dans les cas de fistule dont l'orifice externe est au delà du sphincter, le muscle divisé tend à se rétracter et les deux bords de la plaie, bords qui circonscrivent un triangle dont la base est à l'anus et le sommet à la fesse, tendent à rester écartés. Assez souvent, dans ces cas, la cicatrisation des deux bords, ou mieux des deux plaies résultant de l'incision, se fait isolément jusqu'à une distance plus ou moins grande de l'anus et, sur une étendue plus ou moins grande, la circonférence anale présente un bord cicatriciel, formant une encoche plus ou moins profonde, n'ayant aucune tendance à se resserrer puisque le sphincter n'existe plus à ce niveau. Le résultat est la formation d'une gouttière le long de laquelle filtrent les matières liquides. Pour remédier à cette disposition que j'ai rencontrée



plusieurs fois sur des malades de mon service, opérés par d'autres ou par moi-même depuis assez longtemps, j'ai pratiqué l'opération suivante, dont le but est de rétablir la continuité interrompue du sphincter anal.

Je fais des deux côtés de la partie circonscrite par la cicatrice deux incisions qui se rejoignent au delà du sphincter interceptant ainsi un triangle de parties molles que j'enlève, triangle à base assez étroite, et je réunis par première intention au moyen de quelques fils métalliques. Je rétablis ainsi la continuité interrompue des deux moitiés de l'anneau contractile formé par le sphincter et j'ai réussi par ce moyen, que je ne saurais trop recommander, à faire disparaître l'incontinence des matières liquides, en rétablissant le jeu du sphincter.

#### V. — Des polypes du rectum.

Ces polypes sont généralement mous, variqueux, spongieux ou fongueux; d'ordinaire arrondis ou piriformes, quelquefois en champignon, souvent formés en apparence par la réunion de plusieurs lobes; adhérant à la muqueuse par une large base ou par un pédicule plus ou moins long et étroit. Leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de poule. Ils occupent en général la partie du rectum voisine de l'anus; quelquefois ils s'en éloignent assez pour que le doigt ne puisse atteindre leur pédicule.

On peut attaquer ces polypes par tous les moyens mis en usage contre les autres : excision, ligature, écrasement linéaire, cautérisation, etc. Mais les procédés les plus usités sont l'excision et la ligature.

**1<sup>o</sup> Excision.** — On donne un lavement et l'on recommande au malade de faire des efforts pour l'expulser, afin de faire sortir en même temps le polype. Dès qu'il apparaît au dehors, on fait coucher le malade sur le côté, on saisit le polype avec des pinces, et on l'attire pour découvrir son pédicule, que l'on coupe avec des ciseaux. Si le pédicule ne pouvait être amené au dehors, on dilaterait l'anus avec un spéculum.

**2<sup>o</sup> Ligature.** — Le polype attiré au dehors comme pour l'excision, on place autour de son pédicule une ligature fortement serrée, et l'on excise au-dessous du lien, à une distance assez grande pour que celui-ci ne soit pas exposé à s'échapper. Après cette

excision, le pédicule rentre avec la ligature; il se détache au bout d'un certain nombre de jours.

Dans un cas où un polype du volume d'un œuf avait sa racine à 16 centimètres au-dessus de l'anus, Desault en pratiqua la ligature au moyen des instruments qui servent à lier les polypes de l'utérus, sans y joindre l'excision. Le malade guérit.

On pourrait avec avantage, dans les cas de polypes à pédicule peu large, employer la ligature élastique.

#### VI. — Procidence de la muqueuse rectale.

C'est ce qu'on appelle improprement *chute du fondement* ou même *chute du rectum*; il n'y a, en effet, que la muqueuse relâchée et décollée des autres tuniques qui sort au dehors, toutes les fois que le sujet pousse pour aller à la selle ou se livre à des efforts de toute nature.

On a imaginé divers appareils pour soutenir l'anus et faire obstacle au prolapsus. Quand leur impuissance oblige à recourir à la médecine opératoire, il y a là deux éléments principaux : l'élargissement de l'anus et le relâchement de la muqueuse, auxquels on s'est attaqué tour à tour. De là deux méthodes très distinctes, dont la première s'attache à rétrécir l'anus, et l'autre à détruire l'excédent de la muqueuse.

**PREMIÈRE MÉTHODE. Rétrécissement de l'anus.** — Il y a trois procédés : l'excision des plis de l'anus, l'excision du sphincter, et la cautérisation.

**1<sup>o</sup> Excision des plis de l'anus. Procédé de Dupuytren.** — Le malade est couché sur le ventre, la partie supérieure du tronc et la tête dans une position déclive, le bassin au contraire fort élevé à l'aide de plusieurs oreillers. On écarte les cuisses et les fesses pour mettre l'anus en évidence; l'opérateur, armé d'une pince à dissection à mors larges, saisit successivement à droite et à gauche, en avant et en arrière, deux, trois, quatre, cinq ou six plis rayonnés de l'anus, quelquefois effacés ou plus ou moins saillants; et, avec des ciseaux, courbes sur le plat, il enlève chaque pli à mesure qu'il est soulevé. Cette excision doit être prolongée jusqu'à l'anus et même au dedans, pour que le resserrement s'effectue sur un plus grand espace; quand le relâchement est très consi-



dérable, on peut la porter à 13 millimètres. Pour un relâchement médiocre, il suffit d'un, deux ou trois plis excisés de chaque côté; dans le cas contraire, on multiplie les excisions.

Il n'est besoin d'aucun pansement, et la réunion des petites plaies par première intention se fait.

2° *Excision du sphincter. Procédé de Robert.* — Deux incisions, comprenant une portion du sphincter et des téguments, viennent se réunir au-devant du coccyx; on enlève avec des ciseaux courbes toutes les parties molles comprises entre ces incisions, et on réunit par la suture.

3° *Cautérisation.* — Elle se fait avec le fer rouge ou le thermo-cautère et compte trois procédés.

*Cautérisation rayonnée.* — Le malade situé à l'ordinaire, et l'anus rendu saillant au dehors autant que possible, on porte sur les divers points de sa circonférence un cautère cutellaire rougi à blanc, avec lequel on pratique autant de raies de feu qu'il est nécessaire, en prenant garde de pénétrer au delà de la peau. Pour le nombre des raies, on suit les mêmes principes que pour l'excision des plis de l'anus.

*Cautérisation ponctuée.* — Guersant, chez les enfants, appliquait quatre pointes de feu autour de l'anus, à l'aide d'un cautère olivaire ou en pointe; c'est à peu près l'ancien procédé de Léonide.

*Cautérisation du sphincter. Procédé de Bégin.* — Dans les cas simples, il plongeait dans l'anus un cautère en roseau rougi à blanc, à la profondeur de 1 à 2 centimètres. Le sphincter, dit-il, se contracte avec force sur l'instrument, et applique contre lui la membrane muqueuse ainsi que la portion circulaire la plus voisine des téguments. La cautérisation est instantanée.

DEUXIÈME MÉTHODE. *Destruction de la muqueuse.* — On a eu recours à cet effet à l'excision, à la ligature, à l'écrasement linéaire, aux caustiques, tous procédés que nous retrouverons appliqués au traitement des hémorroïdes. Le cautère actuel est justement préféré.

*Procédé de Kluyskens.* — Dans un cas où la muqueuse indurée formait au dehors une tumeur du volume d'une pomme moyenne, Kluyskens appliqua successivement dessus trois cautères olivaires rougis à blanc, ayant soin d'en enfoncer la pointe dans l'ouverture anale, afin d'atteindre et de réduire en eschare toute la muqueuse herniée.

Évidemment, ici, l'ouverture anale n'est autre chose que l'ouverture centrale de la muqueuse, et Kluyskens n'avait aucunement l'idée de cautériser l'anus même. Au reste, il n'attaquait ainsi que les prolapsus anciens, avec induration et dégénérescence de la muqueuse.

*Appréciation.* — La première méthode convient particulièrement aux cas légers, récents, surtout chez les enfants; et alors on peut choisir entre l'excision de quelques plis muqueux ou cutanés et la cautérisation radiée ou ponctuée. Chez les adultes, ces procédés sont généralement insuffisants, et la guérison apparente qu'ils procurent est trop fréquemment suivie de récides. L'excision du sphincter a été rarement pratiquée et l'on ne sait ce qu'elle peut produire. La cautérisation du sphincter, au contraire, est trop efficace, si je puis ainsi dire, en ce qu'elle expose l'anus à un rétrécissement tout aussi grave que l'affection primitive.

La seconde méthode ne réussit pas moins bien, pourvu que la dilatation de l'anus ne soit pas portée à un degré extrême; et en cautérisant la partie supérieure de la muqueuse, on obtient des guérisons durables sans crainte de rétrécissement de l'anus.

Au reste, dans les cas les plus graves, lorsque l'anus a perdu tout son ressort et que la tumeur est indurée, fongueuse, irréductible, évidemment les deux méthodes doivent être combinées. Mais ici encore, il faut prendre garde au rétrécissement; Bégin parle d'une malade chez laquelle, non content de plonger un cautère en roseau dans l'ouverture centrale, il parcourut la surface de la tumeur avec un cautère à plaque, et finit par cautériser avec un cautère olivaire le sillon circulaire qui séparait la tumeur des téguments de l'anus. Un mois après, Bégin raconte d'un air de triomphe que l'anus était *étroit, solide, n'admettant le doigt qu'avec peine*; il ne dit pas ce qui a dû suivre six mois ou un an plus tard.

Avant d'employer un traitement chirurgical, il est utile d'essayer l'effet des courants galvaniques et faradiques pour rendre au sphincter son action souvent diminuée.



## VII. — Des hémorroïdes.

Les tumeurs hémorroïdales se distinguent en internes et en externes, selon qu'elles sont développées au-dessus ou au-dessous de l'orifice anal. Leur nature est encore un sujet de discussion; elles paraissent être dues dans l'origine au développement variqueux des veines hémorroïdales; mais à la longue soit que les varices dilatées s'ouvrent dans le tissu cellulaire, soit que les capillaires y prennent part, elles finissent par offrir quelque apparence de tissu érectile. Au total, ce qui importe au chirurgien, c'est qu'on ne saurait y porter le couteau sans déterminer une hémorrhagie en nappe presque incoercible.

Quand elles se sont développées d'abord à l'intérieur, elles se font jour fréquemment à travers l'anus. Quelquefois alors l'inflammation les gonfle tellement, qu'elles subissent une sorte d'étranglement par la constriction du sphincter. On doit essayer de les réduire par les manœuvres du taxis; on a même eu l'idée de débrider l'anus pour faciliter la réduction. Mieux vaudrait assuément dilater l'anus comme on le fait pour la fissure; mais il suffit en général de calmer l'inflammation; et pour prévenir la récurrence, le plus sûr est d'enlever la tumeur.

On a employé à cet effet l'excision, la ligature, l'écrasement linéaire, le cautère actuel et les caustiques. Quel que soit le procédé qu'on préfère, une précaution essentielle est d'évacuer les intestins à l'aide d'un purgatif administré la veille.

1° *Excision.* Le malade couché sur le côté affecté, la fesse saine relevée par un aide pour laisser les tumeurs apparentes, on les saisit l'une après l'autre avec des pinces à érigne, et on les coupe près de leur base avec un bistouri ou avec de forts ciseaux courbés sur le plat.

Lorsque les hémorroïdes sont cachées à l'intérieur, on fait faire au malade des efforts d'expulsion comme pour aller à la selle; et lorsqu'elles sont sorties, on procède à l'opération comme à l'ordinaire.

Boyer commençait, si les tumeurs étaient distinctes et séparées, par passer dans chacune d'elles une aiguille courbe enfilée d'une anse de fil, ou par les accrocher avec des érignes; mais si, comme cela a lieu ordinairement, elles formaient un gros bourrelet divisé en plusieurs portions séparées par des enfoncements

plus ou moins profonds, il passait une anse de fil dans chaque portion pour éviter que la douleur de la première incision ne fit rétracter l'anus et rentrer les autres tumeurs.

2° *La ligature.* — Elle s'applique à la manière ordinaire, soit avec un seul fil si la tumeur est petite et pédiculée; soit en la traversant avec une ou plusieurs aiguilles armées de fils doubles, et étreignant chaque portion à part.

3° *Écrasement linéaire. Procédé de Chassaignac.* — Lorsqu'il n'y a qu'une tumeur facile à pédiculiser, on l'embrasse à la base avec une anse de fil qu'on serre fortement, comme pour la ligature ordinaire; et sur ce pédicule on applique l'écraseur, qu'on fait agir lentement, en avançant d'un cran toutes les demi-minutes, de manière à opérer la section en sept à dix minutes. Si la tumeur est plus étendue, on la traverse avec des aiguilles pour y placer autant de ligatures qu'il est nécessaire. Enfin, pour les tumeurs internes qui occupent toute la circonférence du rectum, Chassaignac les accrochait à l'aide d'une érigne spéciale à six branches, qu'on introduit fermées et qu'un mécanisme facile fait écarter dans l'intérieur du rectum. Toute la tumeur est ainsi saisie, attirée au dehors, embrassée par une anse de fil à sa base; et sur ce pédicule improvisé on fait agir l'écraseur à l'ordinaire. On est ainsi à peu près certain d'éviter l'hémorrhagie.

4° *Cautère actuel. Procédé de Ph. Boyer.* — On fait pousser le malade jusqu'à ce que les tumeurs apparaissent au dehors; on les saisit alors avec des pinces, et l'on passe à travers chaque moitié du bourrelet des fils de laiton aiguisés à leur extrémité comme des épingles. On plonge alors au centre du bourrelet un cautère en roseau ou en olive, chauffé au rouge-blanc, à 2, 3, ou même 4 centimètres de profondeur, et l'on recommence autant de fois qu'on le juge nécessaire.

*Procédé de Richet.* — On passe à la base de chaque paquet hémorroïdal un fil métallique qui le rend saillant et l'éloigne de l'anus; ce-la fait on saisit successivement chacun d'eux entre les mors d'une pince spéciale, semblable à celle dont se servent les coiffeurs pour serrer les papillottes, préalablement chauffée au rouge. Richet a donné à son procédé le nom de volatilisation des hémorroïdes, appellation assez justifiée, car le plus ordinairement l'hémorroïde carbonisée a disparu.

5° *Caustiques.* — On peut directement attaquer la tumeur même ou se borner à cautériser le pédicule.