

VI

HÉMORROÏDES

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Les hémorroïdes sont formées par la dilatation anormale et permanente des veines du rectum. Elles sont internes quand elles ne font pas saillie au dehors; elles sont dites externes quand elles se présentent à l'anus sous forme de bourrelets plus ou moins gros. Ce sont de véritables varices analogues à celles des membres inférieurs.

Étiologie. — Les hémorroïdes latentes ou manifestes, fluentes ou non fluentes, sont très rares dans l'enfance. Cependant on peut trouver çà et là, dans la littérature médicale, des observations d'hémorroïdes recueillies chez des enfants de 3 ans (Buchner), 4 ans (Klein), 5 ans (Boerhaave). Déjà en 1794, Wenceslas Trnka avait pu rassembler 39 cas au-dessous de 15 ans (33 au-dessous de 9 ans, 18 de moins de 5 ans, 5 de moins d'un an).

Lannelongue (*Dict. Jaccoud*, 1875) a vu un cas chez un nouveau-né. Un autre cas a été vu par Ogston et G. Vincent (*The Lancet*, 1885). D'autres observations ont été rapportées par Allingham, Vincent (*Dict. Dechambre*, 1888), Potain (*Gaz. des hôp.*, 1888), et enfin par le D^r G. Houzel qui a écrit une thèse très documentée sur : *Les hémorroïdes et l'état hémorroïdaire chez l'enfant* (Paris, 1^{er} juillet 1905). Tout en reconnaissant la rareté des hémorroïdes chez les enfants, le D^r Houzel, inspiré par M. Variot, dit que, si on regardait plus souvent l'anus des enfants, on augmenterait le pourcentage de cette affection. Sur 500 enfants examinés systématiquement, 4 avaient des hémorroïdes.

Les hémorroïdes sont héréditaires, et on voit des familles dont le père et les enfants ont été atteints successivement. Dans une observation de M. Lannelongue, on voit le malade, un homme adulte; affirmer que ses hémorroïdes dataient de la première enfance, que son père avait été dans le même cas, et que son enfant, âgé de 5 à 6 ans, avait aussi des hémorroïdes depuis sa naissance. Potain cite le fait de 9 personnes de la même famille atteintes d'hémorroïdes. Les hémorroïdes sont donc héréditaires et familiales.

L'hérédité est généralement similaire, un père hémorroïdaire ou variqueux engendrant un enfant hémorroïdaire. Mais elle peut être dissemblable, la maladie hémorroïdaire dérivant d'une manifestation quelconque de la diathèse arthritique (goutte, diabète, asthme, migraine, névroses, gravelle, eczéma, etc.).

Il y a des races humaines plus exposées aux hémorroïdes que d'autres (Grecs, Israélites, Asiatiques, Anglais, etc.). Peut-être faut-il incriminer le genre de vie et l'alimentation plus que la race. Les grands mangeurs de

viande, les intellectuels, les sédentaires, sont prédisposés aux hémorroïdes.

Parmi les causes prédisposantes, il faut signaler l'étroitesse congénitale de l'anus ou du rectum.

Et enfin, parmi les causes efficientes, nous devons insister sur toutes les influences qui gênent la circulation en retour (constipation, tumeurs du ventre, cirrhose du foie, coqueluche et affections cardio-pulmonaires graves, etc.). A ajouter toutes les causes d'irritation locale : oxyures vermiculaires, dysenterie, diarrhée, corps étrangers, infection et phlébite chronique. Quénu a beaucoup insisté sur le processus phlébitique des hémorroïdes. D'autres auteurs ont invoqué les phénomènes vaso-moteurs réflexes (Lancereaux, Duret, Peyrot).

Anatomie pathologique. — La dilatation irrégulière des veines ano-rectales constitue anatomiquement les hémorroïdes. Les veines sont à la fois dilatées et tortueuses, formant des ampoules et bourrelets, des flexuosités, des enroulements en tire-bouchon. Les formes rencontrées par Houzel chez l'enfant sont des formes simples : dilatation fusiforme quand la varice n'était pas apparente pendant la vie, ampullaire quand l'hémorroïde est constituée et forme tumeur.

Prises à leur début, les hémorroïdes présentent tous les caractères des varices banales. Pour quelques auteurs, ce sont des angiomes veineux. Mais cette apparence anatomique ne s'observe qu'à un degré avancé de la maladie. Toute gêne à la circulation veineuse, en effet, amène une ectasie des veinules, des capillaires, et on conçoit très bien que ces vaisseaux, en se fusionnant, finissent par faire du tissu caverneux.

Symptômes. — La symptomatologie des hémorroïdes chez l'enfant est très pauvre. A leur phase initiale, dans les premiers temps de leur évolution, elles gênent peu et sont très bien tolérées. Aussi sont-elles souvent méconnues et exigent-elles un examen systématique de la région anale.

Sans insister sur les affections qui ont pu précéder la maladie hémorroïdaire, sur les dermatoses prurigineuses, sur les troubles digestifs et la constipation, nous dirons que l'enfant commence par accuser une sensation de cuisson, de prurit à la région anale. L'appétit diminue, les digestions sont pénibles, accompagnées de renvois; en même temps l'enfant accuse du lumbago, des coliques, de la pesanteur au périnée, de la dysurie.

Enfin une crise éclate, les sensations pénibles de la région anale s'exaspèrent. Après une selle douloureuse, on remarque du sang à la surface, en plaques ou en stries; après le bol fécal, peut venir du sang pur. A chaque défécation, les mêmes symptômes se reproduisent. Il y a, en outre, des envies fréquentes d'aller à la selle, des épreintes, de faux besoins causés par la tumeur hémorroïdale. Le sphincter est contracté spasmodiquement.

En écartant les plis de l'anus, on peut alors apercevoir une petite tumeur d'un rouge violacé, tendue, chaude, douloureuse. Parfois cette tumeur est située au-dessus du sphincter et ne peut être sentie que par le toucher rectal. La crise peut durer 3, 4, 5 jours et le calme se rétablit.

Plus tard, à l'occasion d'une fatigue, d'un excès de table, de l'abus de sucreries, de longues périodes de constipation, la crise pourra se reproduire

avec plus ou moins d'acuité et de violence. Alors la tumeur hémorroïdaire sera plus grosse, et elle fera plus rapidement saillie hors de l'anus; il pourra même y avoir 2 ou plusieurs bourrelets veineux, de la grosseur d'un pois, d'un haricot, d'une noisette. La couleur est rouge foncé dans la crise, bleue après.

Ces bourrelets sont très douloureux au toucher. Ils s'accompagnent parfois d'éraillures, de fissures de la muqueuse, qu'on constate en dépliant l'anus.

Les hémorroïdes internes peuvent être absolument latentes; elles ne sortent que pendant la défécation, et encore pas toujours. Elles peuvent entraîner avec elles la muqueuse et se compliquer de prolapsus rectal.

En général, les enfants hémorroïdaires ne se plaignent pas de leur maladie et ne présentent pas de crise aiguë. Il faut qu'il y ait du méléna pour qu'on songe à rechercher chez eux la maladie. Alors le toucher permettra de reconnaître l'origine de la perte de sang. En faisant tousser l'enfant, en le priant de faire un effort d'expulsion, on pourra faire sortir la bosselure veineuse, et la maladie, jusqu'alors ignorée, sera reconnue.

La marche de l'affection est essentiellement chronique; à mesure que l'enfant avance en âge, et surtout si son hygiène alimentaire laisse à désirer, il présente des symptômes de plus en plus manifestes, et il devient un grand hémorroïdaire. Le pronostic, quant à la durée, est donc assez sombre, sans parler des complications inflammatoires ou autres auxquelles exposent les hémorroïdes.

Mais, somme toute, le pronostic chez l'enfant est assez bénin. Ce n'est que plus tard, à l'âge d'homme, que les hémorroïdes présenteront de la gravité.

Diagnostic. — Le diagnostic des hémorroïdes est plus difficile chez l'enfant que chez l'adulte. Il est plus difficile, parce que, chez lui, la maladie n'est qu'à ses débuts et que les tumeurs hémorroïdaires manquent ou sont latentes. Il est plus difficile aussi parce que la maladie est rare et qu'on ne s'attend pas à la rencontrer chez des sujets aussi jeunes.

L'examen direct seul pourra lever toutes les difficultés. Si l'hémorroïde est externe, on constatera la présence d'une tumeur colorée en rouge plus ou moins foncé, sessile, réductible, se gonflant par les efforts. Si elle est interne, on ne verra rien; mais l'enfant ayant souffert ou ayant présenté quelque hémorragie, on pratiquera le toucher rectal. Celui-ci ne donnera pas toujours de résultat positif, et l'on ne pourra faire le diagnostic que par exclusion.

On aura à distinguer les hémorroïdes des différentes affections anales ou péri-anales.

Le *prolapsus du rectum* se présente comme une tumeur molle, régulière, saignante, plus ou moins allongée en forme de boudin, réductible aisément, mais se reproduisant presque aussitôt. Les deux maladies peuvent d'ailleurs coïncider.

Les *polypes du rectum* forment de petites tumeurs arrondies, généralement pédiculées et très mobiles, ne se réduisant pas par la pression, restant

internes ou ne faisant saillie qu'à la suite d'efforts. Ils peuvent, comme les hémorroïdes, donner lieu à des hémorragies.

Les *plaques muqueuses* saillantes de la marge de l'anus, les *condylomes syphilitiques* sont arrondis ou ovalaires, durs, non réductibles, n'offrant que peu d'analogies avec les tumeurs vasculaires.

La *fissure à l'anus*, qui peut exister seule ou compliquer les hémorroïdes, se découvre en inspectant attentivement l'anus déplié; elle cause de vives douleurs et souvent un suintement sanguin.

Traitement. — Le traitement est général et local. Le traitement général est surtout d'ordre hygiénique. On soumettra les enfants hémorroïdaires à l'hygiène générale des arthritiques: régime végétarien, pas de boissons alcooliques, éviter la constipation, etc.

Localement, on préconisera les soins minutieux de propreté, les lavements d'eau froide.

En cas de tumeur saillante et d'hémorragie, on pourra faire des attouchements avec un tampon imbibé de la solution d'adrénaline au millième.

Comme décongestionnant interne on a prescrit encore l'hamamelis virginica et l'hydrastis canadensis (extrait fluide ou teinture, XX à XXX gouttes trois fois par jour).

Le traitement chirurgical est rarement indiqué chez l'enfant, il consiste dans l'excision et la cure radicale des tumeurs hémorroïdaires.