

médicamenteux ne donnent jamais que de mauvais résultats si même, par suite du rancissement des graisses, ils n'exaspèrent pas l'affection. Les préparations opiacées ou belladonnées n'agissent qu'en engourdissant la douleur, mais ne peuvent rien contre la fissure elle-même. Quand celle-ci est récente, quand il s'agit surtout d'enfants en bas âge, l'emploi des solutions astringentes, de l'iodoforme, des liquides boratés ou boriqués peut avoir de bons résultats, à la condition qu'au moment où l'on s'en servira on déplissera l'anus pour permettre au liquide d'atteindre le fond du repli rayonné où siège l'ulcération.

Quand la fissure est plus ancienne, quand elle a résisté à l'usage des liquides astringents ou détersifs, il n'y a plus qu'une seule méthode de traitement rationnel. Le sphincter contracturé spasmodiquement s'oppose à la guérison par les tiraillements que ses fibres superficielles exercent sur le fond de l'ulcération; le moindre attouchement réveille la douleur et la contracture; il faut faire disparaître celle-ci et l'empêcher de se reproduire, il faut donc vaincre la résistance du muscle soit en l'incisant, soit en le dilatant et le déchirant.

L'incision doit porter sur le sphincter au niveau même du point où existe la fissure. Jadis on conseillait de la faire sous-cutanée; ce procédé n'a plus raison d'être avec les méthodes antiseptiques. Mais l'incision simple ne porte que sur les fibres musculaires comprises dans le plan suivant lequel porte la section, et celles qui latéralement s'insèrent sur le pourtour de l'ulcération ne sont pas débridées et continueront à agir sur les bords de la fissure; aussi a-t-on proposé les incisions sur deux ou même trois points de la circonférence du rectum.

Mieux vaut s'adresser à la dilatation forcée, au moyen des deux pouces introduits dans l'anus et se touchant par leur face dorsale. Les index et les autres doigts de la main embrassent les parties latérales de la fesse et par un mouvement brusque des pouces on dilate l'anus aussi loin que l'on peut. On perçoit une sensation brusque de résistance vaincue; le sphincter a cédé sur sa périphérie, et la fissure, qui n'est plus enfoncée au fond d'un pli rayonné, peut être traitée comme toute ulcération.

Lorsque la fissure date depuis longtemps, lorsque ses bords sont indurés, épaissis, calleux, on pourra s'adresser à l'excision ou à la destruction par le cautère, mais toujours ces méthodes opératoires exposent aux récidives en raison de la contracture spasmodique toujours possible du sphincter.

#### E. — *Fistules ano-rectales.*

Les fistules anales sont *complètes* lorsqu'elles s'ouvrent à la fois sur la peau du pourtour de l'anus et dans le rectum à travers la muqueuse; elles sont *incomplètes* quand elles ne s'ouvrent qu'en un seul point;

s'ouvrent-elles seulement dans le rectum, elles sont dites *borgnes internes*; conduisent-elles seulement de la peau dans un clapier péri-rectal sans communiquer avec l'intérieur de l'intestin, elles sont *borgnes externes*. Leur trajet est bien rarement rectiligne, et il est d'autant plus sinueux que les tissus qu'elles parcourent auront offert une plus grande différence dans leur résistance à l'ulcération. C'est à la même cause qu'il faut attribuer les diverticulums latéraux que présentent souvent ces fistules; ce sont des clapiers où le pus s'était accumulé avant d'avoir pu franchir le plan résistant sous-jacent.

Les phlegmons développés au pourtour du rectum et de l'anus peuvent siéger soit dans le tissu connectif sous-péritonéal et être alors l'origine de fistules pelvi-rectales supérieures, soit dans le tissu connectif de l'espace compris entre le releveur et les lames aponévrotiques ou musculaires sous-cutanées et déterminer alors des fistules pelvi-rectales inférieures. Le pus peut encore, comme nous le savons, venir des os, s'accumuler en partie dans le tissu connectif de ces deux espaces, et faire, plus tard seulement, par ulcération tout comme les vrais phlegmons, son ouverture sur la peau: ce sont donc des fistules ossifluentes.

Les phlegmons du tissu connectif sous-péritonéal s'ouvrent rarement dans le rectum; ceux de la partie postérieure de l'espace pelvi-rectal supérieur se font jour d'ordinaire à travers les fibres du releveur et passent ainsi dans l'espace inférieur. Là le pus s'accumule, détermine des clapiers latéraux avant de perforer la peau; aussi les fistules qui se produisent en ce cas sont-elles borgnes externes, d'un trajet relativement assez long, dilatées en ampoule à leur extrémité pelvienne et munies de diverticulums dans la partie inférieure de leur trajet. Elles ne s'ouvrent jamais sur la périphérie immédiate de l'anus, mais toujours plus en dehors.

Les malades sont tourmentés par des douleurs assez vives au moment de la défécation; aussi évitent-ils d'aller à la selle; il s'ensuit une constipation habituelle qui alterne avec des diarrhées quand la débâcle inévitable survient. Il se fait par leur ouverture un suintement purulent de mauvaise odeur qui entretient une malpropreté et une gêne permanente. Quand on vient à examiner le malade, on trouve l'ouverture externe sur le sommet d'un bourgeon rougeâtre saignant facilement, entouré de callosités plus ou moins épaisses suivant que l'affection est plus ou moins ancienne.

Quand l'indicateur est introduit dans le rectum par le toucher anal, il fait sortir par la fistule une quantité plus ou moins grande de pus, mais la fistule ne communiquant pas avec le rectum, il n'en sort que rarement des gaz. Si, pendant qu'on pratique le toucher on introduit dans le trajet fistuleux une sonde cannelée, on se rend compte de la hauteur à laquelle siège l'ampoule supérieure et l'on perçoit l'épais-

seur des tissus qui séparent le rectum d'avec la fistule. Cette épaisseur est assez grande pour que les procédés ordinaires que nous indiquons tout à l'heure en parlant du traitement des fistules anales, en général, ne soient plus applicables et qu'il ait fallu s'adresser à des instruments spéciaux.

Les fistules de l'espace pelvi-rectal inférieur peuvent être complètes ou borgnes. Elles peuvent dépendre de lésions de la muqueuse rectale qui permettant le passage des matières fécales dans le tissu connectif périphérique, déterminent un phlegmon qui s'ouvre plus tard au dehors; la fistule a donc été d'abord borgne interne et est ensuite devenue complète. Parmi les causes qui facilitent la production de ces phlegmons allant du dedans au dehors, signalons l'existence des valvules de Morgagni, replis de la muqueuse anale dans la concavité desquels des matières fécales dures peuvent s'accumuler et produire l'ulcération. Les hémorroïdes internes enflammées et suppurées peuvent, ainsi que nous le verrons en les étudiant, entraîner elles aussi des phlegmons péri-rectaux avec fistules consécutives, borgnes internes d'abord, complètes ensuite. Enfin des phlegmons développés primitivement dans le tissu connectif périrectal, dans l'espace ischio-rectal, soit sous l'influence d'un corps étranger, soit sous celle d'un foyer tuberculeux, peuvent s'ouvrir directement sur la peau et constituer une fistule borgne externe; mais ces phlegmons peuvent aussi s'ouvrir primitivement ou consécutivement dans le rectum et donner naissance dans le premier cas à une fistule borgne interne qui deviendra complète plus tard, ou réciproquement à une fistule borgne externe qui pourra se compléter par un diverticulum et ulcérer la muqueuse rectale.

Les fistules de l'espace pelvi-rectal inférieur sont toutes sinueuses, et presque toujours munies de diverticulums latéraux qui à leur tour parcourront un trajet plus ou moins anfractueux.

L'orifice cutané de ces fistules est plus rapproché du pourtour de l'anus que celui des fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur; il est même quelquefois caché au fond des plis rayonnés. Tantôt il est unique, d'autres fois, beaucoup plus rarement, il est multiple et en pomme d'arrosoir; il existe soit au sommet d'un bourgeon rougeâtre, soit au fond d'un enfoncement en cul de poule; cette dernière disposition est due à la rétraction des éléments dermiques fibreux. Le canal de la fistule, très anfractueux, induré par la prolifération des éléments connectifs qui l'entourent, est tapissé par une pseudo-muqueuse grisâtre, bleuâtre, recouverte par un épithélium qui ne s'étend pas dans toute son étendue, cet épithélium provient soit de celui de la muqueuse rectale, soit de l'épiderme anal. Le pus qui parcourt le canal fistulaire peut, en raison des anfractuosités de celui-ci, ne pas trouver toujours une issue facile et décoller en haut ou en bas la muqueuse rectale en constituant ainsi des poches entre la muqueuse et les couches musculaires du rectum.

L'orifice interne, quand la fistule est complète, n'est pas toujours facile à découvrir, il peut être caché par les plis de la muqueuse, il existe toujours, ou à peu près toujours, à peu de distance au-dessus du sphincter interne, mais si la muqueuse est décollée, le foyer purulent peut dépasser vers le haut ou vers le bas le point où existe l'ouverture interne, c'est ce décollement qui explique la formation de quelques fistules dites en fer à cheval où l'ouverture interne est située très bas, où le trajet remonte, passe par-dessus le sphincter interne et se recourbe de nouveau vers le bas. Pour découvrir cet orifice et fixer le diagnostic, si l'examen par le toucher rectal, par les spéculums ani, par la sonde cannelée n'a donné aucun résultat, on devra s'adresser à l'injection de liquides colorés à travers la fistule dont l'ouverture extérieure aura été dilatée.

Ce n'est qu'au moment de la défécation que les malades éprouvent de la douleur, aussi l'évitent-ils autant qu'ils le peuvent, d'où constipation alternant avec de la diarrhée au moment des débâcles intestinales; en dehors de cet acte fonctionnel, ils n'accusent qu'un prurit désagréable dû à l'érythème que déterminent les matières purulentes ou stercorales qui s'écoulent toujours par la fistule et qui causent, par leur malpropreté et leur mauvaise odeur, une gêne considérable. Quand la fistule est complète, elle livre passage aux gaz intestinaux. Le bol fécal est mélangé ou tapissé à sa surface par du pus, ce qui s'observe surtout quand une fistule borgne interne n'est pas encore devenue complète. Dans ce dernier cas, l'existence de ces trajets n'est pas facile à reconnaître, ce n'est que la douleur à la défécation, un certain degré d'induration, et l'examen attentif et minutieux de la muqueuse après usage des spéculums ani qui permettront de s'assurer qu'il existe une fistule borgne interne; dans la très grande majorité des cas, elle deviendra tôt ou tard complète, et alors on ne pourra plus la méconnaître.

Les fistules à l'anus sont compatibles avec la vie, mais leur présence, la gêne qu'elles occasionnent sont une source permanente d'ennuis pour le malade. Peuvent-elles guérir spontanément? Oui, quand le phlegmon qui leur a donné naissance était déterminé par un corps étranger et que celui-ci a été entraîné par la suppuration. Mais, dans la plupart des cas, elles ne sauraient guérir sans intervention, la disposition de l'espace ischio-rectal dont les plans obliques ne permettent pas l'accolement des parois du phlegmon, les mouvements d'amplification et de vacuité, d'ascension et de descente, de contraction et de relâchement du rectum, gênent la cicatrisation. Toutes ces causes efficientes interviennent certainement dans la non-cicatrisation spontanée des phlegmons et provoquent l'apparition des fistules, mais il en est une autre qui domine, c'est l'évolution tuberculeuse dans le tissu connectif périrectal que le microbe tuberculeux s'y développe spontanément ou qu'il y soit amené par la voie digestive. On sait, en effet, aujourd'hui combien la tubercu-

lose, même abstraction faite des tubercules osseux et des fistules ossifluentes par conséquent, est intimement liée à l'existence des fistules anales. C'est à cette cause générale, à la misère physiologique qu'elle entraîne, à la production de nouveaux nodules microbiens qu'il faut attribuer le peu de tendance à la cicatrisation spontanée que l'on remarque le plus souvent dans les fistules de l'anus.

**Traitement.** — Il est de toute évidence que lorsque la tuberculose pulmonaire bien manifeste et avancée coexiste avec une fistule à l'anus, il faudra réserver tout traitement local et ne rien entreprendre, à moins que d'heureuses modifications de l'état général ne viennent indiquer une possibilité d'opération avec chance de réussite. Lorsque l'infection par les microbes de la tuberculose n'est pas à un degré aussi avancé, l'on pourra opérer les fistules tout en se souvenant que si d'une part, en enlevant un foyer de suppuration, on enlève une cause d'épuisement, d'autre part, les opérations en général sont de vrais coups de fouet donnés à l'infection microbienne.

Il s'agit de détruire la fistule, d'en faire cicatriser les parois, celles du fond de la poche suppurante, ainsi que celles des différents diverticulums et clapiers latéraux. Sans parler ni même mentionner les pomades, les onguents de toute nature dont on s'est servi, la première idée qui a dû surgir, c'est l'emploi des injections irritantes ou caustiques capables de détruire la pseudo-muqueuse et de faire cicatriser les parois. Cette méthode, aujourd'hui abandonnée, peut cependant hâter la guérison des fistules borgnes dues à des corps étrangers après leur élimination; elle a l'avantage de faire pénétrer les liquides dans tous les clapiers et toutes les anfractuosités; mais le plus souvent elle est inefficace.

On s'adressa ensuite au bistouri droit ou courbe, muni ou non d'un stylet à son extrémité, conduit sur une sonde cannelée à travers la fistule et venant se mettre au contact du doigt indicateur, d'un gorgéret ou de la valve en cuiller du spéculum de Nicaise. Par tous ces procédés comme par les suivants, pour les détails opératoires desquels je renvoie aux traités de médecine opératoire, on se propose de sectionner toute l'épaisseur du pont qui sépare le trajet de la fistule d'avec le rectum, et de faire cicatriser ensuite séparément les parties sectionnées. Le bistouri ayant occasionné des accidents d'hémorragie, d'érysipèle étendu, de péritonite, de phlébite, de pyohémie, on lui substitua le thermo-cautère, l'anse galvanique, l'écraseur de Chassaignac, qui donnèrent aussi beaucoup de succès et quelques insuccès dus aux mêmes accidents qu'occasionnait le bistouri. On en arriva enfin à la méthode la plus employée aujourd'hui, bien qu'elle agisse lentement, qu'elle nécessite des débridements consécutifs pour détruire les clapiers: c'est la ligature élastique qui sectionne lentement et par la seule compression exercée sur le plan suivant lequel elle agit; c'est un ou plusieurs fils élastiques

qui entourent le pont de tissus compris entre le trajet fistuleux et le rectum; ils coupent lentement les tissus, sans gêner le malade, sans douleur vive; au bout de quelques jours la section est opérée, on peut la hâter en ajoutant quelques morceaux de plomb à la jonction des fils, en dehors de l'anus et de l'ouverture externe de la fistule.

Quand la fistule est borgne externe et que l'exploration par la sonde indique cependant que son cul-de-sac supérieur est rapproché de la muqueuse, on doit compléter la fistule et la traiter comme nous venons de le dire. Il en serait de même si l'examen attentif, au moyen du spéculum ani ou l'existence de callosités sur la muqueuse rectale avaient démontré qu'il s'agit d'une fistule borgne interne; il faudrait inciser les téguments du pourtour anal, compléter la fistule et la traiter comme nous venons de le dire.

Lorsqu'il existe des callosités à l'orifice externe, lorsque la fistule est en pomme d'arrosoir et que son trajet est très induré, on a recommandé l'excision (Richet); mais l'opération est longue et douloureuse; mieux vaudrait s'adresser aux flèches de pâte de Canquoin préconisées par mon ami Gaujot.

Une fois la fistule sectionnée et mise à ciel ouvert par n'importe lequel de ces procédés, on débridera les clapiers, les anfractuosités, puis on fera cicatriser isolément les parties en interposant entre elles des mèches imbibées de liquides antiseptiques ou enduites d'iodoforme. La durée pour la guérison complète varie suivant les procédés employés; par la ligature élastique une quinzaine de jours suffit amplement. Dans les premiers temps après l'opération on donnera de l'opium pour éviter les garde-robes qui en passant pourraient déchirer les premiers tissus de cicatrice; on recommande pour le même motif de ne lever le premier pansement qu'au bout de cinq ou six jours pendant lesquels la cicatrisation aura eu le temps d'évoluer.

On a objecté à tous ces procédés de section la possibilité de l'incontinence ultérieure des matières fécales et des gaz intestinaux, en raison de la destruction du sphincter. Lorsque ces accidents gênants surviennent, il importe de rassurer le malade, car ils disparaissent peu à peu par suite des adhérences fibreuses que contractent les fibres musculaires qui ont été sectionnées.

Pour les fistules ossifluentes, nous renvoyons au chapitre où nous traiterons des maladies des os de la ceinture pelvienne.

#### F. — Hémorrhoides.

On donne le nom d'hémorrhoides aux varices des veines de l'anus et de l'extrémité inférieure du rectum. Les veines de cette région constituent deux plans: l'un sous-muqueux, qui se jette dans la circulation de la veine porte; l'autre, plus superficiel, se trouve à la périphérie des

couches musculaires de l'intestin et se déverse dans la veine cave. Ces deux grands systèmes veineux communiquent l'un avec l'autre au pourtour de l'anus par des veinules qui passent entre les fibres du sphincter. Les différences de pression auxquelles les parois de ces veines sont soumises soit par la contraction du sphincter, ainsi que par celle des fibres longitudinales et circulaires lisses, soit par les alternatives de déplétion et de dilatation de l'ampoule rectale, ou encore par les efforts de défécation pendant la constipation, entraînent des dilatations passives de ces vaisseaux dont les parois se laissent distendre et forment comme dans toutes les varices des nodosités le long des veines. La contraction des fibres musculaires entre lesquelles il passe, étrangle le calibre du vaisseau et la nodosité devient une tumeur plus ou moins volumineuse distendue par du sang liquide.

Toutes les causes qui augmentent la pression intérieure dans les veines hémorroïdales ou qui gênent leur circulation peuvent déterminer la dilatation des parois du vaisseau alors que déjà par une cause inconnue, cause héréditaire souvent, leur résistance est diminuée. On sait en outre que les sujets herpétiques, les graveleux, les goutteux sont fréquemment porteurs d'hémorroïdes; ces affections sont, elles aussi, souvent transmises par hérédité. De même que pour la diathèse uratique sous toutes ses formes, on a invoqué comme favorisant l'apparition des hémorroïdes, les excès de table, la station assise prolongée, le manque d'exercice.

Les plexus hémorroïdaux communiquent en avant avec les plexus vésicaux, prostatiques, etc., et chez la femme avec les plexus vaginaux et utérins, ce qui explique comment les affections de ces organes et leurs tumeurs, comment la grossesse peuvent déterminer les hémorroïdes. D'autre part, si ces dernières causes gênent la circulation dans les branches destinées à se déverser dans la veine cave, toutes celles qui gênent la circulation porte, les affections du foie surtout, ou les tumeurs intra-abdominales, agiront sur les veines hémorroïdaires internes qui par la mésentérique vont au tronc de la veine porte.

Mais pourquoi toutes ces causes qui sont continues produisent-elles une affection comme les hémorroïdes, qui toujours sont intermittentes, reviennent par accès plus ou moins espacés et peuvent rester des mois et même des années sans reparaitre? Il est impossible d'en donner une explication même hypothétique.

Les dilatations qui se développent sur les veines hémorroïdales inférieures, à la périphérie de l'anus et par conséquent au-dessous du sphincter, sont dites hémorroïdes externes, par opposition à celles qui se développent sur les veines hémorroïdales supérieures, au-dessus du sphincter, qui sont dites hémorroïdes internes.

Les *hémorroïdes externes* se présentent sous forme de petites tumeurs uniques ou multiples, arrondies, violacées, turgescents, incomplète-

ment réductibles, situées au bord de l'ouverture anale; elles sont recouvertes par cette partie de la peau qui en pénétrant dans l'anus prend l'aspect de la muqueuse. La cavité de la nodosité veineuse qui constitue la tumeur communique avec la veine qui lui a donné naissance, le sang qui y est contenu est liquide et veineux. Plus tard, la tumeur s'isole par l'étranglement que lui fait subir le tissu connectif intermusculaire condensé qui devient fibreux et constitue à la base de l'hémorroïde un véritable anneau résistant; la communication avec la veine est interrompue, un caillot remplit alors la petite tumeur. Bientôt ce caillot est cloisonné par des tractus fibreux et le contenu de l'hémorroïde prend un aspect qui jadis l'avait fait confondre avec du tissu caverneux. La peau qui recouvre la tumeur, soumise à la distension qu'elle subit, s'épaissit, s'hypertrophie ainsi que le tissu sous-cutané; la muqueuse elle-même peut, alors surtout qu'il existe plusieurs tumeurs hémorroïdales, participer à cette induration. Si de nouveaux accès ne se manifestent pas ou si la tumeur est absolument séparée de la veine, le caillot se rétracte, le plasma est résorbé, il ne reste plus qu'une sorte de petit repli cutané appendu à l'anus, repli plus ou moins arrondi, flasque, que l'on appelle *marisque*.

Le frottement des vêtements, la distension qu'opère le bol fécal durci, la présence de liquides irritants, peuvent enflammer, ulcérer et faire suppurer l'hémorroïde; ces abcès sont très douloureux, il peut en résulter des ulcérations faciles à confondre à première vue avec la fissure. Des fistules peuvent encore survenir quand le décollement de la muqueuse, par le pus, a constitué des clapiers autour de l'anus.

Les hémorroïdes externes qui comme les internes, du reste, ne se manifestent guère que vers la vingt-cinquième année, n'accusent leur apparition que par du prurit anal, par un sentiment de pesanteur sur l'anus, puis tout à coup à la suite d'un excès, au printemps et en automne surtout, survient une douleur plus ou moins vive qui s'irradie vers la verge et le gland, ou vers le cordon et le testicule; la douleur s'exaspère au moment de la défécation. Chez quelques sujets, elle s'accompagne de crampes douloureuses du sphincter, de ténésme anal, qui retentit jusque sur les fibres du sphincter urétral. Les matières fécales sont teintées de sang et du sang liquide s'écoule au dernier moment de la défécation; la perte de sang peut être relativement considérable. Autour de l'anus le malade sent lui-même et le chirurgien constate la présence de tumeurs uniques ou multiples, de la grosseur d'une cerise, douloureuses au toucher, tendues, rouges violacées, lisses, que l'on réduit en partie mais que l'on ne fait pas disparaître complètement. La douleur, souvent très vive, cause de l'insomnie, de la fièvre; le malade évite d'aller à la garde-robe, la marche le fait souffrir et le décubitus dorsal devient très pénible. Puis au bout de quelques heures ou de quelques jours, la douleur disparaît, la tumeur devient souple et

indolente et l'accès est terminé pour un temps plus ou moins long, pour toujours quelquefois chez certains sujets, et il reste une marisque fibreuse.

Dans quelques cas, la cavité de l'hémorroïde complètement séparée d'avec la veine peut devenir un kyste hématique, qui, dit-on, peut se rompre dans le tissu connectif ambiant, ce qui me paraît difficile, à moins qu'un traumatisme violent n'ait fait éclater la paroi fibreuse qui constitue le kyste.

Les hémorroïdes internes peuvent remonter jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'anus; dues comme les externes aux veinules qui, à travers les fibres musculaires du sphincter interne, font communiquer les veines du plexus sous-muqueux avec le plexus sous-musculaire, elles forment tantôt une tumeur solitaire, tantôt plusieurs tumeurs en bourrelet, rouges violacées, plus volumineuses que les externes, variant entre les dimensions d'un œuf de pigeon et de poule. Ces tumeurs ne sont pas d'habitude lisses et régulières, mais bosselées, framboisées; la muqueuse qui les recouvre est amincie par la distension qu'elles lui imprimant. On a voulu, elles aussi, les comparer à du tissu caverneux et l'on a admis que c'était un vrai lacis de veinules et d'artérioles qui les constituait. Souvent, en effet, dans les cas d'hémorroïdes internes, après la défécation, les malades constatent un petit jet de sang rouge qui s'arrête immédiatement, mais ce jet de sang est dû non aux artérioles qui entrent dans la constitution de la tumeur hémorroïdale, toujours veineuse, mais bien à la rupture des capillaires de la muqueuse qui recouvre la tumeur.

Tout comme les hémorroïdes externes, les internes se manifestent par accès, par attaques. Tantôt, chez le même sujet, elles donnent naissance à un écoulement de sang qui accompagne la défécation ou qui se manifeste même en dehors de cet acte physiologique, on dit alors qu'elles sont *fluentes*; tantôt au contraire l'attaque se traduit par une constipation, un sentiment de plénitude et de pesanteur sur l'anus, avec prurit plus ou moins violent; avec contracture extrêmement douloureuse du sphincter, contracture qui cesse dès que le muscle est fatigué pour reprendre immédiatement après. Ces douleurs de crampes anales sont parfois assez intenses pour occasionner des sueurs froides et presque de la lipothymie. Cette crise douloureuse s'accompagne toujours d'un sentiment de procidence du rectum, d'abaissement de la muqueuse vers le sphincter qui peut être franchi par le bourrelet hémorroïdal hernié à travers l'anus et étranglé à sa base par le sphincter contracturé. Chose assez remarquable, les hémorroïdes procidentes de grand volume occasionnent des douleurs moins vives que celles dont une petite partie seulement fait saillie à travers l'anus. C'est d'habitude le bol fécal qui repousse le bourrelet hémorroïdal et lui fait faire hernie; mais d'autres fois c'est en dehors de tout acte

de défécation, alors même que le rectum a été vidé par un lavement, que la procidence se produit sous l'influence probablement d'une paralysie vaso-motrice due à une gêne circulatoire momentanée.

Les hémorroïdes internes, en raison de leur forme anatomique, donnent lieu à des pertes de sang plus abondantes que les hémorroïdes externes; tantôt le sang accompagne ou suit la défécation, d'autres fois, au contraire, la rupture de la poche sanguine se fait en dehors de toute contraction intestinale, le sang s'épanche alors en quantité plus ou moins grande dans l'ampoule rectale, et un véritable écoulement momentané se produit sans douleur aucune, comme dans les menstrues. La perte de sang peut, surtout dans les pays chauds, être assez abondante et assez répétée pour entraîner une anémie profonde avec accidents cardiaques. C'est ce que j'ai pu observer sur moi-même en Algérie, où j'avais été envoyé par l'autorité militaire après les fatigues de la guerre suivies d'un surmenage moral et intellectuel excessif. Tel n'est pas le cas habituel dans nos climats, la quantité de sang perdue n'est pas aussi considérable, et les hémorroïdes internes sont surtout douloureuses quand elles ne sont pas procidentes ou gênantes; quand elles le sont, le malade est obligé après chaque garde-robe de les réduire avec la main et de les maintenir réduites pendant quelques minutes, elles tendraient à sortir de nouveau sans cette précaution. Je n'ai presque pas besoin de dire que la perte de sang qui diminue la tension de la tumeur en facilite toujours la réduction.

Les hémorroïdes internes sont évidemment, par leur seule présence et par la congestion qu'elles déterminent à leur pourtour, une cause d'irritation de la muqueuse, une cause de rectite qui explique les écoulements glaireux, blancs ou sanguinolents, fétides, qui sortent de l'anus et sont une gêne considérable pour les malades obligés à des soins incessants de propreté et contraints de se garnir comme les femmes à l'époque menstruelle.

Quand le bourrelet hémorroïdal procidé est assez volumineux pour ne pas être aisément réduit, quand, le sphincter se contractant au pourtour de sa base, il est irréductible et étranglé, les douleurs sont excessives, le moindre contact détermine des sensations de brûlure; le malade est tourmenté par de fausses envies de défécation et de miction; la tumeur sortie de l'anus peut atteindre le volume d'une grosse orange, de couleur rouge sombre. S'il survient alors une perte de sang qui la décongestionne, la tumeur peut se réduire d'elle-même; dans les cas contraires, elle peut s'enflammer en tout ou en partie, le malade court alors les dangers de l'érysipèle, de la phlébite, de la pyohémie. Plus fréquemment, au lieu de suppurer, la tumeur se sphacèle par quelques plaques plus ou moins étendues, les parties mortifiées une fois éliminées, la tumeur peut se réduire d'elle-même en exposant le malade aux accidents de la septicémie, à ceux des hémorragies con-