

point de Mac-Burney, la défense musculaire abdominale et le météorisme qui en sont les meilleurs signes.

La perforation de l'ulcère duodénal bien étudiée par le professeur Dieulafoy (*cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1896-1897), est remarquable par la latence des accidents précurseurs. L'ulcère, rarement latent au niveau de l'estomac, l'est d'ordinaire au duodénum. La perforation s'annonce plus brusquement que celle de l'appendicite, par un coup de poignard péritonéal, par une douleur déchirante. La douleur siège à l'étage supérieur de l'abdomen près du creux épigastrique.

La perforation avec péritonite enkystée est plus vague. On peut sentir un phlegmon stercoral assez superficiel qui pointe vers la paroi, et dont l'ouverture donne issue à un pus fétide et à des gaz. Des accidents lientériques traduiront la communication de deux anses éloignées d'intestin.

Diagnostic. — Le diagnostic de la perforation est souvent difficile même quand on est en présence d'une maladie comme la fièvre typhoïde où on est en droit de la soupçonner.

Le diagnostic doit être fait avec la *rupture de la rate*, qui s'en distingue par les signes d'hémorragie interne, syncope, pâleur, sueurs froides.

L'*iléus* s'accompagne d'une constipation plus grande, la sensibilité du ventre est moins diffuse, la petitesse du pouls, le faciès abdominal, la cyanose, l'algidité sont tardifs alors qu'ils sont précoces dans la perforation. Jeanne a récemment (*Normandie médicale*, 1^{er} février 1899) insisté sur deux signes de diagnostic différentiel de l'occlusion et de la perforation. Il conseille d'explorer la sensibilité péritonéale chez l'homme dans le cul-de-sac vésico-rectal, chez la femme dans le cul-de-sac de Douglas. Le toucher est douloureux seulement dans le cas de péritonite. Le second signe est le suivant : dans l'occlusion les anses ayant conservé leur contractilité et luttant contre l'obstacle, on peut les voir sous la peau, tandis que les anses étant paralysées dans la péritonite, le ventre paraît uniformément ballonné.

On devra enfin différencier les accidents dus à une perforation intestinale de ceux qu'entraînent la perforation de l'estomac, la rupture d'une vésicule biliaire, d'une trompe suppurée, la péritonite à pneumocoques, etc.

Pronostic. — Le pronostic est de la plus haute gravité. Cependant il n'est pas fatal et récemment on a publié, surtout à l'étranger, de nombreux cas de perforations typhiques opérés. Il y en a eu avec guérison, mais alors il s'agit généralement de péritonite circonscrite ou de perforation de la convalescence. Il faut, en effet, à la gravité propre à cet accident, ajouter le shock opératoire chez un malade déjà adynamique. Fitz et Beach (*Boston med. and surg. Journ.*, 20 oct. 1898) sur 29 cas ont vu 5 guérisons post-opératoires. En 1896, Armstrong sur 25 cas de laparotomie a compté 4 guérisons. Finney, en 1897, sur 52 cas a 17 guérisons.

Pour Platt (*British med. Journ.*, 11 fév. 1899) il y aurait guérison dans 20 pour 100 des cas, et les chances seraient meilleures si l'opération était faite de 12 à 24 heures après l'accident. Dans les cas d'opération en pleine évolution typhique il peut y avoir guérison opératoire, mais la mort peut être la suite de l'évolution d'une fièvre typhoïde grave (Woodward, *in Boston med. Journ.*, 1^{er} déc. 1898).

Traitement. — Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical.

On devra éviter le traitement médical par l'opium, les compresses chaudes qui ne font que masquer la gravité du cas.

On fera la laparotomie; dans la fièvre typhoïde on incisera à droite; si on ignore le siège de la perforation on fera une incision médiane et on ira à la recherche de la perforation, souvent, il faut le dire, difficile à trouver. On suturera par des sutures de Lembert après s'être assuré que l'intestin ne s'est pas perforé ailleurs. On alimentera pendant quelques jours par le rectum. On soutiendra les forces.

Si l'état du malade contre-indiquait l'intervention on emploierait l'opium à dose élevée. On aurait vu des cas de guérison par l'extrait d'opium à très hautes doses (40 à 50 centigr. par 24 heures).

CHAPITRE V

HÉMORROÏDES

On a coutume de désigner sous le nom général d'*hémorroïdes* des tumeurs vasculaires du rectum, engendrant souvent un flux sanguin abondant, une rectorragie sérieuse. Pendant longtemps, on crut qu'une modification purement fonctionnelle du système vasculaire suffisait à en expliquer la production, puis, on pensa par la suite que cette théorie pathogénique était erronée, et l'on chercha une condition anatomique directe capable d'en donner la raison. Ces deux grandes théories ont suscité bien des controverses, amené bien des débats; elles ont divisé les pathologistes en deux camps opposés. Ce sont surtout les chirurgiens qui soutiennent la seconde et cherchent à restreindre tout le processus morbide à l'état anatomique des veines du rectum; les médecins sont nombreux qui soutiennent la thèse opposée, et ne voient dans les hémorroïdes qu'un symptôme, qu'un incident pour ainsi dire, faisant partie d'une maladie générale ou plutôt d'un ensemble constitutionnel. Peut-être ces idées opposées sont-elles vraies toutes les deux et pourrait-on résumer la *question* en disant qu'il y a des *hémorroïdes* et des *hémorroïdaires*.

Parmi les travaux sur les hémorroïdes il faut signaler ceux de Stahl, Stoll, Récamier, J.-L. Petit, Boyer, Dupuytren; au point de vue opératoire ceux de Amussat, Chassaignac, Fergusson, Curling, Gosselin qui distingue les hémorroïdes internes et externes. Signalons encore les travaux de Duret, Allingham, D. Mollière, Lannelongue et Vincent, Ozenne et l'intéressante leçon de Dupré sur la maladie hémorroïdaire.

Anatomie pathologique. — Suivant qu'on a affaire à des dilatations veineuses au-dessous ou au-dessus du sphincter, on est en présence d'*hémorroïdes externes* ou *internes*.

Les hémorroïdes externes sont faciles à voir en écartant les fesses du malade et lui faisant pencher le corps en avant. A une période peu avancée on voit que les veines qui les constituent ont des parois amincies et renferment un sang fluide. Plus tard, par suite des poussées inflammatoires à répétition, les parois deviennent fibreuses, ou restent friables. Il peut y avoir communication de

plusieurs veines donnant à la tumeur un aspect spongieux. Le sang peut se coaguler. On peut enfin voir de petites tumeurs fibreuses, flétries, n'ayant plus rien de la structure d'une veine, ce sont les *marisques*.

Les hémorroïdes internes, qui sont procidentes ou non, sont à 10 millimètres au-dessus de l'anus. La muqueuse qui les recouvre étant normale, il faut les injecter pour les étudier après la mort. Dans ces tumeurs externes ou internes c'est d'une façon générale la tunique moyenne qui est atteinte, transformée en tissu conjonctif comme dans les autres processus de phlébite chronique.

Étiologie. — Au point de vue étiologique pur, en effet, il paraît évident que l'on peut diviser les hémorroïdes en deux grandes classes : les unes sont mécaniques, d'explication simple et facile ; les autres sont constitutionnelles ou diathésiques.... Leur pathogénie est évidemment moins claire.

Il est certain que tout obstacle au cours de la circulation dans la veine porte est susceptible de produire des hémorroïdes, et de ce fait une disposition anatomique donne la clef. C'est d'abord l'absence de valvules dans les veines du rectum, et de plus que la circulation en retour est gênée, les veines de la muqueuse traversant, pour sortir du rectum, de véritables boutonnières musculaires formées par les fibres du sphincter.

Or, si une compression s'exerce sur la grosse veine, des tumeurs hémorroïdaires peuvent se développer : passagères si l'obstacle disparaît (grossesse, kystes de l'ovaire...), permanentes si la compression persiste : tumeurs de l'excavation pelvienne et surtout tumeurs de l'utérus, et aussi de la vessie, de la prostate ; maladies de la veine porte, telles : les oblitérations ou les pyléphlébites ; les maladies du foie : cirrhose ; les affections de la rate ; enfin, d'autres causes peuvent produire des effets semblables : affections cardiaques et surtout les lésions de la valvule mitrale, l'emphysème pulmonaire.... En dehors de ces causes qui, tangibles, ne peuvent être niées, les adeptes de la théorie dite de la « stase mécanique » pensent que toutes les hémorroïdes sont explicables par un mécanisme analogue, lequel dépend exclusivement des conditions anatomiques de la région. La constipation seule, si fréquente chez les hémorroïdaires, pourrait produire les varices rectales, la compression qu'exerce un bol fécal induré produisant un refoulement du haut en bas du sang des veines hémorroïdaires supérieures. Gosselin, Verneuil, Duret ont édifié une théorie mécanique. Pour eux, il y aurait pendant la contraction du sphincter étranglement des veines de dérivation qui font communiquer les veines sous-muqueuses et sous-musculaires et qui traversent les sphincters. D'où distension des veines rectales. Mais Quénu a montré que cette théorie repose sur des données fausses d'anatomie, car il y a au-dessus du sphincter tout un réseau qui fait communiquer les circulations interne et externe.

La théorie mécanique ne suffit plus, car si la constipation peut être la cause des hémorroïdes, il faut ajouter qu'elle en est bien souvent l'effet. De plus, beaucoup de gens ont des hémorroïdes, qui ne présentent aucune des affections que nous avons dites, et force est bien de chercher ailleurs la raison du symptôme. Ceci touche à une question bien vieille, celle du rapport des hémorroïdes avec les diathèses. N'en trouve-t-on pas des traces dans les œuvres les plus anciennes ?

Hippocrate avait dit : « Chez les mélancoliques et dans les maladies des reins, c'est bon signe quand viennent les hémorroïdes. » Et Galien : « Les hémorroïdes

dissipent, de même que les varices, les souffrances de la goutte et les douleurs des articulations. »

Depuis Hippocrate⁽¹⁾, tous les médecins, jusqu'au xviii^e siècle, reproduisent à peu près la même théorie, ils expriment cette idée que les hémorroïdes débarrassent l'économie de certains principes acres, jouant ainsi le rôle d'épurateurs.

Il est certain, en tous cas, que l'on a invoqué l'existence d'une fluxion jouant un rôle actif dans la production des hémorroïdes. Stahl, au xviii^e siècle, a brillamment défendu cette idée ; on trouve maintes fois dans son œuvre des traits caractéristiques. « A l'état de santé, le « *motus tonico vitalis* » qui dirige le cours du sang est à peine appréciable. Les appareils sécréteurs sont prêts à l'éliminer ; mais sitôt que la quantité du fluide sanguin a dépassé les limites naturelles, des phénomènes congestifs internes apparaissent et des hémorragies locales viennent déverser le trop-plein⁽²⁾. » « La pléthore est une racine qui nourrit presque toutes les branches de la pathologie. » Les hémorroïdes seraient justement des réservoirs préservant le sujet d'une pléthore nuisible en laissant s'écouler une certaine quantité de sang. Or, ce mouvement fluxionnaire vers le rectum, dérivation salutaire à la circulation générale, est dans un rapport étroit avec l'état général du sujet.

Cette idée que les hémorroïdes ne sont qu'un incident au cours de la goutte ou du rhumatisme, ne sont même que des accidents larvés de ces maladies, depuis Stahl jusqu'à nos jours, a été défendue par la majorité des médecins.

Stahl racontait « qu'un de ses parents, accoutumé à un régime peu sévère, avait été contraint, vers l'âge de 40 ans, de changer ses habitudes actives contre une vie sédentaire. Il fut pris à cette époque de douleurs ischiatiques qui s'étendirent assez promptement aux genoux et aux pieds et finirent par occasionner des douleurs de goutte très violentes. Ces douleurs disparurent et on apprit que ce goutteux était sujet à un accident que les gens du monde tiennent pour honteux, et qu'une fluxion hémorroïdale avait coïncidé avec la disparition de la goutte ». Actuellement, goutte, rhumatismes, hémorroïdes, sont rangés dans la même famille morbide, dans l'arthritisme ; ces manifestations se rencontrent chez les mêmes individus. Ceci explique l'influence évidente de l'hérédité dans l'apparition des hémorroïdes, qui sont d'ailleurs aidées dans leur production par diverses causes ; les vices d'hygiène, surtout l'alimentation trop riche et trop azotée, le défaut d'exercice, la vie sédentaire et les professions qui nécessitent la station assise pendant plusieurs heures consécutives, y prédisposent évidemment. On a remarqué la grande fréquence des hémorroïdes chez les Orientaux ; ce qui s'explique par le régime et aussi par le genre de vie.

Il y a peu de temps, M. Quénu⁽³⁾ a tenté une très ingénieuse pathogénie des hémorroïdes. Ne croyant pas la théorie mécanique suffisante à expliquer l'apparition d'hémorroïdes chez les gens qui n'ont ni affection cardiaque, ni affection du foie, ni trouble dans la circulation de la veine porte, il pense que les hémorroïdes doivent être souvent d'origine infectieuse. « La condition essentielle à la production de varices est l'altération de la paroi veineuse, la phlébite, qu'elle soit traumatique ou infectieuse. Or, l'extrémité inférieure du rectum est de toutes les régions la moins préservée contre les chances possibles d'infection ; les éléments infectieux ne manquent pas, les inoculations sont

(1) Article HÉMORROÏDES ; *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*.

(2) LASÈGUE, *Doctrines de Stahl ; Thèse de Paris, 1846*.

(3) *Bulletin de la Société anatomique, février 1892*.

faciles, provoquées par une éraillure, une éruption insignifiante ou de petits traumatismes incessants qui accompagnent les défécations un peu laborieuses; c'est ainsi qu'agirait la constipation. On peut faire rentrer dans le même ordre de causes toutes celles qui ont été signalées, et dont quelques-unes paraissent au premier abord contradictoires; je cite à côté de la constipation: la diarrhée, les écoulements, le défaut de propreté, l'absence d'ablutions, le fait de s'essuyer avec du papier d'imprimerie grossier, l'irritation par des helminthes, l'abus des purgatifs, etc.... En résumé, je crois qu'il faut envisager la pathogénie des hémorroïdes sous un point de vue nouveau: la phlébite est primitive et le résultat de petites inoculations anales. »

En somme, il y a des hémorroïdes et la maladie hémorroïdaire, ou, comme dit Dupré, l'hémorroïde-accident et l'hémorroïde-maladie. L'hémorroïde-accident comprend les hémorroïdes par compression, aussi différentes de l'hémorroïde constitutionnelle que le varicocèle symptomatique l'est du varicocèle constitutionnel, que les varices par compression le sont des varices par phlébosclérose. L'hémorroïde-maladie est une lésion congestive qui relève de la diathèse arthritique et qui est proche parente des autres manifestations de cette diathèse. Ses rapports avec la goutte sont bien démontrés par un cas de M. Chauffard qui a vu chez un malade céder les accidents hémorroïdaires sous l'influence d'un bain de pied sinapisé alors qu'apparaissait une crise de goutte aiguë au gros orteil.

Symptômes. — Les tumeurs hémorroïdales, au point de vue de leur symptomatologie exclusivement locale, sont ou *externes*, si elles siègent au-dessous du sphincter externe, ou *internes*, si elles siègent au-dessus. L'aspect des premières varie: pendant les crises congestives, elles sont tendues, violacées, dures, douloureuses au toucher, et leur surface est le siège d'une irritation plus ou moins vive. Dans l'intervalle des poussées congestives, elles sont molles, flasques, et les téguments qui les recouvrent complètement ridés; ce sont les *marisques*.

Les hémorroïdes sus-sphinctériennes manifestent leur présence par des phénomènes semblables à ceux de la congestion et du flux hémorroïdal, surtout par une sensation de pesanteur. Sous l'influence d'un effort, ces tumeurs, de volume variable, font aisément saillie à l'orifice anal; elles peuvent même sortir, demeurer ainsi hors de l'anus, et, dans ce cas, donnent souvent lieu aux phénomènes dits d'étranglement hémorroïdaire. Cet étranglement est fréquent, il peut provoquer des phénomènes généraux graves. D'autres fois, la tumeur hémorroïdale se gangrène, et peut se détacher au bout d'un certain temps sous forme de plaque noirâtre. Enfin, comme complication de l'hémorroïde elle-même, on a noté souvent les fissures et les fistules à l'anus.

A côté de ces symptômes locaux, connus et classiques, il faut faire mention des troubles généraux que présentent les hémorroïdaires, soit en dehors de la crise fluxionnaire aiguë, soit pendant cette crise elle-même.

De Montègre (1) avait fait le portrait de l'hémorroïdaire: « Il est grand, plutôt maigre que gros, il a le teint plombé et jaunâtre, de grosses veines serpentent sur ses bras, ses mains, ses jambes et ses pieds; il a les cheveux noirs, un feu sombre anime ses regards (!), il est brusque, emporté, ses passions sont

(1) Cité dans le *Dict. encyclopédique*, article HÉMORROÏDES.

violentes, ses résolutions tenaces; il est gros mangeur, mais indifférent sur le choix des aliments, souvent tourmenté de flatuosités et presque toujours constipé. »

Ce qui est plus vrai que ce tableau curieux, ce sont les manifestations d'ordre divers, mais se rapportant toutes au cadre connu de l'arthritisme que présentent les hémorroïdaires. Dans l'enfance, les futurs arthritiques sont vigoureux, colorés de visage, robustes; ils présentent une singulière susceptibilité de la peau qui se recouvre fréquemment d'un eczéma sec, très prurigineux; plus tard, ils présentent de la pharyngite granuleuse, puis des migraines intenses, tenaces, des épistaxis abondantes. Dans l'adolescence, et surtout au moment de la croissance, des douleurs articulaires sont fréquentes; et dès ce moment les tumeurs hémorroïdales peuvent se manifester, accompagnées de véritables flux sanguins presque périodiques, et laissant à leur suite un prurit anal, souvent insupportable et douloureux.

Plus tard, les hémorroïdes persistent, et s'accompagnent communément de troubles névropathiques variés: la céphalée, la migraine ophtalmique, l'état vertigineux, la lourdeur de tête, l'inaaptitude aux travaux intellectuels, et surtout d'importantes modifications du caractère. Les malades sont tristes, capricieux, irritables, et surtout constamment occupés de leur santé, bref offrant toutes les allures des hypocondriaques.

La dyspepsie est commune et affecte des allures très variables. Presque toujours l'appétit est excellent, les malades sont de gros mangeurs, puis sous l'influence d'écart de régime, surviennent des troubles gastriques souvent très intenses; c'est la dyspepsie douloureuse et flatulente, avec tympanite gastrique, sensation de plénitude pénible, perversions du goût. Enfin, les crises d'asthme sont fréquentes, et bien souvent ces malades, arthritiques, hémorroïdaires, finissent par la goutte.

Au milieu de cet ensemble de phénomènes, les hémorroïdes donnent parfois leur note pathologique indiscutable; une crise arrive laquelle semble amener souvent une détente favorable des symptômes généraux. Le malade souffre peu à peu de sensations douloureuses vers le rectum; il a du prurit, ses selles sont difficiles, la constipation est plus rebelle. Le malaise général est à son comble; puis un suintement sanguin apparaît au moment d'une garde-robe, souvent même c'est une véritable hémorragie. Les bourrelets hémorroïdaux deviennent durs, tuméfiés et douloureux. Ils peuvent être à ce point sensibles qu'ils rendent la station debout ou assise presque impossible. Les crises reviennent souvent, et presque toujours à la suite de causes identiques: écart de régime, marche forcée, long voyage en chemin de fer, excès alcooliques ou vénériens.

Les crises légères peuvent laisser le malade dans un état de bien-être relatif, surtout si le sujet est pléthorique et si les hémorroïdes saignent modérément. Mais la quantité de sang perdue est parfois considérable et laisse à sa suite une anémie souvent profonde.

Quelquefois on voit survenir un accident grave: l'étranglement des hémorroïdes avec sphacèle consécutif; alors apparaissent des eschares, des ulcérations, qui peuvent être suivies d'un rétrécissement de l'anus.

La suppuration est rare et peut s'accompagner d'accidents redoutables, tels que, surtout, abcès hépatiques.

Diagnostic. — Les hémorroïdes externes devront être différenciées d'avec