

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

les condylomes syphilitiques, les végétations simples, l'épithélioma anal. Les hémorroïdes internes sont d'un diagnostic plus difficile. Elles devront surtout être recherchées par le toucher rectal, mais elles peuvent être haut situées et inaccessibles au toucher. Chez l'enfant on pourra se méprendre avec la proci-dence du rectum ou des polypes. Le diagnostic surtout difficile est chez l'adulte celui de l'épithélioma du rectum. C'est surtout le toucher, la durée des accidents, l'état général qui pourront mettre sur la voie. En présence d'une anémie hémorroïdaire on devra écarter les autres anémies secondaires.

Traitement. — Nous ne dirons qu'un mot de l'hygiène des hémorroïdaires. Il est évident que la constipation si fréquente augmente la stase veineuse. Il faut donc la combattre par l'emploi de purgatifs et de lavements froids.

Il faut surtout se méfier des drastiques qui sont réputés pour augmenter la congestion des organes du bassin. Il est bon d'éviter l'emploi des boissons alcooliques, des mets abondants. La station assise sur le rond de cuir classique doit être évitée, si possible.

Nous croyons que l'exercice musculaire et l'hydrothérapie peuvent modifier favorablement l'équilibre général.

Le plus souvent ce traitement hygiénique suffira.

Ce n'est que lorsqu'il s'agit de tumeurs volumineuses qu'une opération serait justifiée (dilatation du sphincter, résection au galvano ou au thermo-cautère).

On a conseillé l'hamamelis virginica à l'intérieur sous forme de teinture (2 à 5 grammes) ou d'extrait sec (5 à 15 centigrammes).

CHAPITRE VI

CANCER DE L'INTESTIN

Étiologie. — L'étiologie vraie du cancer de l'intestin est presque inconnue. Il en est ainsi de toutes les affections carcinomateuses; on sait quelques causes prédisposantes, banales, toujours inconstantes et inégales. On sait empiriquement que l'âge a une certaine importance; il est évident que le cancer de l'intestin est plus fréquent chez l'adulte après 40 ans; il est un peu plus fréquent chez les hommes. Haussmann (1), sur 244 cas de cancer de l'intestin, en a trouvé 125 chez l'homme et 119 chez la femme. Mais ce ne sont là que des approximations bien générales; car tout de suite les contradictions apparaissent. Rathery a observé le cancer de l'intestin chez l'enfant. Widerhofer, sur deux observations de cancer intestinal secondaire, en cite une chez un enfant de 5 jours, une seconde chez un enfant de 18 jours. Eichhorst a vu un cancer de l'intestin chez un jeune homme de 20 ans. Enfin, on pourrait faire intervenir, sans grande raison, différentes causes que l'on a cru possibles: telles la constipation, la dyspepsie antérieures. Ces faits n'ont aucune valeur, l'hérédité doit avoir l'influence qu'elle a pour toutes les déterminations cancéreuses.

(1) HAUSSMANN, Étude sur l'étiologie et l'anatomie pathologique du cancer de l'intestin; Thèse de Paris, 1882.

Anatomie pathologique. — Voici (Haussmann) quelle est la fréquence relative du cancer suivant ses différentes localisations.

Le cancer du rectum est quatre fois plus fréquent que celui de l'intestin, et pour un cancer de l'intestin il faut en compter 42 de l'estomac.

Sur un total de plus de 280 cas de cancer, on trouve l'intestin grêle mentionné seulement 28 fois; on peut donc conclure que pour un cancer de l'intestin grêle on en observe 9 ou 10 du gros intestin. Voici la répartition des différentes localisations suivant la même statistique.

Cancer du jéjunum	4
— de l'iléon	21
— du caecum	48
— du colon ascendant	22
— de l'angle hépatique	8
— de l'arc du colon	26
— de l'angle splénique	10
— du colon descendant	29
— de l'S. iliaque	100

Par conséquent, le cancer augmente de fréquence à mesure que l'on se rapproche de la partie inférieure du tube digestif.

Cependant le cancer paraît plus fréquent au duodénum qu'on ne le croyait autrefois. D'après Kohler il compterait pour les trois quarts des cancers primitifs de l'intestin grêle, et pour plus du quart dans la totalité des cancers intestinaux.

Le cancer de l'intestin est primitif le plus souvent; quelquefois, cependant, il vient après une détermination carcinomateuse voisine. Ce sont les cas les plus rares; lorsqu'on les observe, c'est consécutivement à un cancer de l'estomac et la seconde détermination siège alors principalement dans le duodénum; soit consécutivement à un cancer d'autres organes (vessie, prostate, utérus, ovaires, ganglions lymphatiques, épiploon...).

Le cancer siège très fréquemment sur le rectum; nous ne faisons que mentionner cette localisation qui est surtout chirurgicale et décrite isolément dans les principaux traités de pathologie externe.

La majorité des cancers intestinaux occupe l'S iliaque: on admet pour raison de cette localisation l'action irritante exercée par des matières dures et condensées sur les parois de l'S iliaque. Celles-ci, parvenant sans cesse à l'extrémité inférieure du tube digestif et n'étant expulsées qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, s'y accumulent, le distendent et en entravent la circulation.

A l'appui de cette opinion, tout hypothétique, on rapporte le fait de Waldeyer, dans lequel un cancer de l'intestin grêle semble s'être développé sous l'influence de l'irritation exercée sur les parois intestinales par le pédicule tordu d'un kyste de l'ovaire.

A l'autopsie, le cancer de l'intestin se présente sous différents aspects. Tantôt, il apparaît sous forme de plaques cancéreuses plus ou moins étendues; tantôt sous forme de noyaux. C'est exceptionnellement que le cancer se manifeste par des noyaux disséminés plus ou moins nombreux. Dans un cas, cité par Cornil et Ranvier, on trouve une série de tumeurs colloïdes disséminées sur toute la longueur de l'intestin grêle, tumeurs ovoïdes non ulcérées, saillantes dans l'intestin et développées aux dépens de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-muqueux.

Dans deux faits de Cruveilhier et de Salomon, il s'agit de polypes multiples développés à la face interne de l'intestin et ayant déterminé une ou plusieurs