

se demander s'il s'agissait d'une anémie simple, due à la déperdition sanguine constante, ou d'un néoplasme caché et ignoré. L'examen attentif nous permit de conclure à la première hypothèse.

Il convient donc, en face d'un écoulement sanguin abondant, de se demander si on a affaire à des hémorroïdes primitives ou à des hémorroïdes symptomatiques. C'est là que se place l'examen attentif de l'anus et du rectum.

Un moyen d'investigation habituel est le toucher qui, dans la majorité des cas, donne des indications précises. Néanmoins, nous lui adjoignons et nous lui préférons même le rectoscope.

La rectoscopie, outre qu'elle permet d'éliminer tout rétrécissement ou toute lésion néoplasique du rectum, à la façon du toucher, permet encore de reconnaître les hémorroïdes internes, et l'état de la muqueuse à leur niveau, fait que le toucher rectal est impuissant à révéler.

Or, le rectoscope nous ayant montré un bourrelet d'hémorroïdes internes, à l'exclusion de toute autre lésion, on doit donc rapporter l'hémorragie à des hémorroïdes primitives. Ces hémorroïdes, non symptomatiques, sont d'ailleurs celles dont nous voulons seulement nous occuper.

Une seconde indication est constituée par l'issue hors de l'anus d'une petite portion de la muqueuse et par la gêne souvent énorme qui en résulte. Chez certains hémorroïdaires, il suffit du moindre effort, non pour aller à la selle, mais du moindre mouvement pour qu'une faible partie de la muqueuse fasse hernie et détermine une sorte d'éversion partielle. Cette muqueuse prend ainsi l'habitude de rester dehors. Dans les mouvements, elle frotte contre les vêtements, d'où il résulte une irritation très gênante qui se traduit, chez le malade, par une sensation de corps étranger, voire même mais plus rarement, par de la douleur, et, enfin, par un suintement muqueux ou muco-sanguinolent.

À côté de ces deux indications, il en est une troisième, moins fréquente aujourd'hui, les malades se soignant mieux, c'est où le bourrelet hémorroïdaire devient procident et irréductible.

Enfin, il convient de mentionner les malades porteurs d'hémorroïdes peu volumineuses, dont la turgescence est constamment entretenu par la répétition de petites fissures.

Nous pouvons résumer toutes ces indications, en répétant ce que nous avons dit ailleurs :

« En cas d'hémorroïdes internes, la répétition et l'importance des hémorragies, le continuel prolapsus de la muqueuse et la reproduction facile pendant la marche, la retour fréquent des crises douloureuses, l'irréductibilité du bourrelet sont autant d'indications pour intervenir chirurgicalement. »

Quant aux hémorroïdes externes, elles sont parfois justiciables d'une intervention chirurgicale. Lorsqu'elles sont continuellement le siège d'excoriations, de petites fissures ou de petites poussées de turgescence douloureuse, qui ne sont autre que la manifestation d'une petite phlébite locale; dans ces cas, disons nous, on doit intervenir.

L'indication chirurgicale posée, il s'agit de choisir son mode d'intervention. La conduite à tenir est tout à fait différente, suivant qu'on a affaire à un malade en état de crise hémorroïdaire ou non.

1^o Malade en état de crise.— Dans un premier groupe de faits, il n'y a pas de procidence. Or, cette crise consiste parfois en une contracture excessivement douloureuse, qui n'est pas toujours le résultat d'une fissure, et qui peut être due tout simplement à une petite coagulation phlébique et intra-anale. Ces crises de contracture peuvent se prolonger et amener dans le rectum et dans le colon descendant une accumulation de matières, allant presque jusqu'à constituer une occlusion intestinale.

Je fus appelé, en Décembre dernier, auprès d'un malade, qui

présentait cette réplétion de l'Siliaque par des matières stercorales. On avait pensé à un rétrécissement de la partie inférieure du rectum, et, en réalité, il s'agissait d'un simple spasme du sphincter.

Pour ces cas, en particulier, il ne saurait être question d'une intervention sanglante, la vacuité du rectum, condition indispensable, n'étant pas possible. C'est bien là le triomphe de la dilatation, qui fait cesser les douleurs et améliore, sinon guérit, l'état hémorroïdaire.

Dans un second ordre de faits, la crise se traduit par la procidence d'un bourrelet avec plus ou moins d'irréductibilité et pouvant aller jusqu'à l'étranglement. Il est même intéressant de savoir que cette crise avec turgescence et procidence du bourrelet, véritable poussée d'hémorroïdite, peut éclater à l'occasion du traitement préparatoire.

En voici un exemple : Il s'agit d'un malade âgé, sujet à des crises répétées. Sous l'influence des purgatifs, administrés dans les jours précédant le moment fixé pour l'opération, il se déclara une poussée de phlébite avec procidence et irréductibilité du bourrelet. Cette complication nous força à changer notre plan opératoire. La réunion immédiate fut abandonnée, et nous eûmes recours à la cautérisation ignée.

De ce qui précède, nous pouvons conclure que la crise hémorroïdaire est un mauvais moment pour intervenir. Non seulement il ne faut pas choisir cette phase, mais il faut, autant que possible, chercher à différer l'opération quand le sujet est en état de crise.

Le traitement de ces poussées aiguës d'hémorroïdite peut se résumer en deux mots : pulvérisations chaudes boriquées, applications de compresses chaudes, bains prolongés. Tant que l'orage ne sera pas calmé, il faut attendre et condamner toute opération sanglante. *C'est à froid qu'il faut intervenir.*

Néanmoins, il existe quelques faits où l'expectation n'est pas possible; nous voulons parler de ceux où l'irréductibilité et la turgescence du bourrelet déterminent des douleurs intolérables et font prévoir des accidents graves. Chez ces malades, où la muqueuse est altérée et sphacélée par places, la dilatation est souvent insuffisante, et c'est pour ces cas qu'il faut réserver le traitement par le feu, tel que me l'a appris mon maître Richet (volatilisation des hémorroïdes). Nous n'avons pas besoin de rappeler ici le *modus faciendi* de cette opération, qui se trouve partout.

2^o Malade en dehors des crises hémorroïdaires (opération à froid).—Depuis le 1^{er} Octobre 1897, nous avons pratiqué la cure radicale des hémorroïdes dans sept cas, à l'hôpital. Nous nous contentons ici de mentionner la date de l'opération et de la sortie pour chaque sujet, en ajoutant que jamais un malade ne quitte notre service sans avoir été minutieusement examiné et sans que la plaie soit cicatrisée depuis plusieurs jours. De cet exposé, on pourra conclure la bénignité de l'acte opératoire et la rapidité de la guérison.

(A suivre)

(La Presse méd.)

De la mammité gravidique et puerpérale.

Par le Dr MARTIN, professeur de clinique obstétricale à Rouen.

Cette question de pratique courante vient d'être l'objet d'une leçon clinique du professeur Martin, publiée par la *Normandie Médicale*.

Le professeur a rappelé que la mammité gravidique avait son maximum de fréquence dans le dernier mois de la grossesse, alors que les conduits galactophores plus dilatés, plus perméables et remplis déjà de colostrum qui vient sourdre sur le mamelon, constituent un milieu favorable aux agents microbiens.

La mammité gravidique ne se distingue pas de la mammité puerpérale seulement par la date de son apparition, elle en diffère