

Contribution à l'étude de la Pathologie et de la Chirurgie du colon pelvien.

Par le Docteur LAPEYRE,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien en chef de l'Hôpital de Tours.

Le but que nous nous sommes proposé en entreprenant ce travail est de grouper dans une étude synthétique tout ce que comportent de spécial la pathologie et la chirurgie du colon pelvien « anse oméga, anse sigmoïde, sromannum » d'autres auteurs.

L'avantage de semblables monographies est de grouper dans une même étude des éléments jusque-là épars, qui du fait seul de leur rapprochement prennent tout naturellement une signification plus nette et plus précise.

Et ce qui rend plus légitime encore un tel travail pour le colon pelvien, c'est ce que l'individualisation anatomique, déjà très nette de cette portion du gros intestin, se traduit cliniquement par les caractères très spéciaux de sa pathologie et conduit à des déductions opératoires non moins précises.

Au point de vue anatomique en effet, le colon pelvien présente cette particularité très remarquable d'être seul pourvu d'un méso entre des portions qui en sont totalement dépourvues.

Et ce méso lui-même diffère encore du méso le mieux caractérisé du gros intestin, le méso-colon transverse. Le rapprochement des extrémités de son insertion, sa longueur, sa mobilité le font dans la majorité des cas bien plutôt l'homologue du mésentère.

Ainsi on pourrait dire que le colon pelvien n'est pas loin de mériter la même individualisation que le duodenum dans l'intestin grêle. Si le duodenum est l'anse fixe du petit intestin, le colon pelvien est l'anse mobile de l'intestin terminal.

De cette seule caractéristique découlent pour l'anse oméga des prédispositions pathologiques spéciales, telles sa fréquente présence dans les hernies, la tendance au volvulus.

De cette même mobilité, la chirurgie intestinale et gynécologique profitent à leur tour pour utiliser le colon pelvien dans la cure d'affections qui ne l'intéressent nullement.

C'est ainsi que tout un chapitre nouveau de chirurgie opératoire a pu être écrit en ces dernières années sur les interventions aussi nombreuses que variées auxquelles se prête l'anse sigmoïde.

Tout ensemble l'anatomie, la pathologie, la chirurgie de ce segment de tube intestinal ont été remaniées par des publications aussi nombreuses que bien étudiées.

Cependant, il semble que dans la hâte de cet effort simultané, le travail de synthèse que nous tentons ici a été quelque peu négligé.

Au cours de mes recherches bibliographiques je n'ai guère en effet trouvé qu'un mémoire qui constituait une véritable monographie.

Je veux parler du mémoire de Teirlinck paru en 1901 dans la Belgique médicale. Teirlinck s'inspirant beaucoup des travaux américains pose bien la question, l'étude des affections de l'anse basée sur la connaissance de son anatomie et de sa physiologie spéciales.

Le plan qu'il adopte : Etude anatomique, physiologique ; Procédés d'exploration ; Affections diverses ; Opérations pratiquées sur l'S iliaque est à peu de chose près celui que nous suivrons nous-même et il est seul logique.

Mais venu un peu tôt peut-être, le travail de Teirlinck ne laisse pas que de présenter des lacunes.

L'étude des rapports chez la femme entre les affections des organes génitaux et les affections de l'anse sigmoïde, l'utilisation chirurgicale du colon pelvien, la question des hernies pour citer quelques exemples ne sont pas même indiquées.

Enfin et c'est là notre plus gros grief actuel vis-à-vis de Teirlinck, il continue à confondre en partie le colon pelvien avec le colon iliaque en fixant son origine au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et se sert de l'expression si impropre et qui prête tant à confusion de S iliaque.

On peut s'étonner que depuis cet intéressant mémoire la question n'ait pas été reprise.

Je crois qu'il faut en chercher uniquement la raison dans la date peu éloignée encore des études d'anatomie qui ont renouvelé nos connaissances sur l'intestin et le péritoine.

Les travaux de Trèves, de Jonnesco, de Claudius, voire de Samson ne datent en effet respectivement que de 1883, 1889, 1890 et la substitution à l'S iliaque des auteurs des deux portions distinctes : colon iliaque, colon pelvien, triomphe à peine à l'heure actuelle.

La synonymie en particulier persiste déconcertante chez les auteurs les plus autorisés.

Je crois pour ma part qu'il importe absolument d'abandonner à tout jamais l'expression inexacte de l'S iliaque, aussi bien dans nos traités de pathologie que dans nos traités d'anatomie, et je n'emploierai comme synonyme de l'appellation de colon pelvien que celle d'anse sigmoïde.

Si, au point de vue anatomique, l'expression anse sigmoïde est moins significative, elle se prête mieux à la formation des mots couramment usités en pathologie et en chirurgie, tels les sigmoïdite, iliosigmoïdostomie. Ces mots sont du reste entrés de façon définitive dans le langage scientifique.

Les particularités anatomiques du colon pelvien constituant la base même, la raison d'être de ce travail, je vais d'abord rappeler, dans une brève description, les points principaux qui nous intéressent.

Comme c'est par la présence et les caractères de son méso que se définit l'anse elle-même ainsi que nombre de traits de sa pathologie, j'étudierai tout d'abord le méso-colon pelvien.

La situation habituelle de l'anse, son trajet, ses rapports chez l'homme et la femme ne seront étudiés qu'ensuite.

CHAPITRE PREMIER

Etude Anatomique

Le nom de colon pelvien, donné par Jonnesco dès 1889 à ce segment du gros intestin, est aujourd'hui le plus généralement adopté.

En outre de sa signification précise, il présente encore cet avantage sur les diverses expressions usitées auparavant, qu'aucune d'entre elles ne s'est primitivement appliquée à cette seule portion du colon descendant pourvu d'un méso.

Le terme S iliaque comprenait la portion iliaque dépourvue de méso du colon descendant, et seulement une portion du colon pelvien puisqu'on plaçait alors arbitrairement l'origine du rectum à la symphyse sacroiliaque gauche.

L'anse oméga de Trèves, anse sigmoïde suivant que ses

inflexions sont plus ou moins complètes, comprend avec le colon pelvien la portion iliaque, confusion que Testut fait renaître en décrivant un colon ilio-pelvien.

Ce n'est qu'avec Cl. von Samson et Jonnesco que le colon pelvien, la flexura sigmoïdea coli, voit nettement poser ses limites.

L'anse commence au bord interne du psoas gauche, c'est-à-dire au détroit supérieur. Elle fait suite là au colon iliaque et aucune trace de démarcation n'existe sur le tube intestinal, mais l'apparition du méso marque la démarcation anatomique.

Elle se termine à la 3^e ou 4^e vertèbre sacrée où commence le rectum. La terminaison du méso, un sillon circulaire ou limité à un côté de l'intestin marquent nettement la séparation.

Au point de vue anatomique il est absolument illogique de vouloir réunir dans une même description le colon iliaque toujours fixé à la paroi et le colon pelvien mobile.

Dans 10/0 des cas seulement, il y a un méso-colon iliaque et même alors, comme ce méso n'atteint que 2 ou 3 centimètres, la séparation entre les 2 colons n'est pas moins nette.

Mais nous verrons qu'au point de vue clinique, la distinction du colon iliaque et du colon pelvien est plus nécessaire encore.

MÉSO-COLON PELVIEN

L'étude très détaillée du méso-colon pelvien a pour nous une importance capitale, car c'est lui qui imprime à la pathologie de l'anse sigmoïde certains caractères particuliers, et c'est lui encore qui dicte notre conduite chirurgicale, nos tentatives thérapeutiques en ce point.

Ses dimensions longueur et surtout hauteur nous intéressent particulièrement, disons de suite qu'elles sont infiniment variables.

La longueur varie beaucoup de ce fait que le méso a deux racines, une verticale dite primitive allant de la 4^e lombaire à la 3^e sacrée relativement constante, une oblique dite secondaire branchée à gauche de la ligne médiane, extrêmement variable dans ses dimensions.

La hauteur du méso à ses deux extrémités ne dépasse pas 2 centimètres, mais au niveau de la partie moyenne elle atteint, d'après Jonnesco, d'habitude de 10 à 16 cent. rarement de 4 à 6, parfois de 20 à 25.

J'ai moi-même sur bon nombre de cadavres pris avec soin la plus grande hauteur du méso-pelvien, en l'absence de lésions pathologiques; 2 types m'ont paru surtout fréquents avec les hauteurs respectives de 12 à 14 cent. d'une part, 7 à 9 de l'autre.

Si l'on compare ces hauteurs avec celle du méso-colon transverse et du mésentère, si l'on tient compte surtout de la différence de longueur du pédicule, on ne peut s'empêcher de les trouver très significatives.

La hauteur du méso-colon transverse est en effet évaluée par les auteurs comme variant entre 10 et 16 cent. Le chiffre est donc sensiblement le même en moyenne, les chiffres extrêmes se rencontrant uniquement au niveau de méso-pelvien.

La hauteur du mésentère aux points maxima n'est aussi en moyenne que de 10 à 15 cent., 20 à 25 parfois d'après Trèves, mais sa longueur n'est pas moindre de 18 cent.

On ne s'étonnera donc pas que le volvulus atteigne surtout le colon pelvien, et que parfois le méso long participe lui-même à la torsion de l'anse.

Il est intéressant de relever les dispositions anatomiques

qui permettent cette longueur du méso. On constate alors que la hauteur maxima a pour siège le point de réunion des 2 branches verticales et obliques du méso, et qu'elle varie en même temps que le développement de l'insertion oblique.

La racine secondaire, ainsi nommée parce qu'au lieu de dériver du mésentère terminal, elle répond à la limite de la continuation du méso-colon iliaque avec le péritoine iliaque, part habituellement sur la ligne médiane de la 4^e lombaire, et se dirigeant en bas à gauche dessine un angle aigu ouvert en bas, en avant à gauche avec la racine primitive.

Elle suit (1) dans ce trajet les vaisseaux iliaques communs et externes, longe le bord interne du psoas, croise superficiellement l'uretère et les vaisseaux spermatiques gauches.

Et le méso formé par la réunion de 2 racines angulaires et limitant la fosse intersigmoïde, a ainsi dans son ensemble la forme d'un segment de cercle, disposition singulièrement favorable encore au volvulus.

Du niveau plus ou moins élevé de l'attache pariétale de sa racine oblique dépendent surtout les variations de dimensions du colon pelvien (Schiefferdecker, Cl. von Samson, Quénu et Duval).

La longueur de l'anse influe cependant aussi non seulement sur l'étendue transverse du méso, mais sur sa hauteur, car une anse courte va directement d'une racine à l'autre. C'est ainsi que Jonnesco décrit au méso trois types :

1^{er} TYPE, long ou infantile

La racine secondaire est haute. L'angle élevé.

L'anse longue parfois relevée jusqu'à l'ombilic.

La fossette intersigmoïde est vaste ouverte et l'intestin peut s'y engager (*Hernies intersigmoïdes*.)

2^e TYPE. Racine secondaire basse. Anse longue et tombée dans le pelvis, mais pouvant être relevée.

3^e TYPE. Racine secondaire courte. Anse courte et qu'on ne peut relever; le seuil de la fossette intersigmoïde ne peut être découvert.

Les interventions chirurgicales en pareil cas ne bénéficient pas des facilités habituellement données par le méso. L'anse au fond du petit bassin est très mal accessible.

Fossette intersigmoïde. — La fossette intersigmoïde, ainsi que nous l'avons dit déjà, siège au sommet de l'angle formé par les deux racines. Elle existe dans 70% des cas. Son entrée située à gauche sur le bord du psoas et sur l'artère iliaque commune au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, est large, souvent profonde, elle peut se prolonger jusqu'à l'origine de la mésentérique au-dessous de la 4^e portion du duodenum.

Ligaments accessoires. — La continuité du mésocolon pelvien avec certains replis péritonéaux du voisinage a été bien mise en relief par les recherches anatomiques récentes.

L'étude de ces replis ou ligaments n'est pas non plus sans jeter quelque lumière sur certains rapports pathologiques.

Ligament infundibulo-colique. — C'est ainsi que les auteurs décrivent comme constant un ligament qui va du feuillet postérieur du méso-colon au ligament large et à la trompe gauche.

D'après Jonnesco, ce ligament triangulaire a un bord mésocolique, un bord pariétal sur la paroi pelvienne latérale contenant les vaisseaux utéro-ovariens, allant au ligament large et au pavillon avec parfois une bifurcation vers l'ovaire.

(1) Pour lier à gauche l'artère hypogastrique, il faut traverser le méso entre les artères sigmoïdes gauche et moyenne (Quénu et Duval).

Un bord *inférieur libre*, concave, étendu du méso au pavillon.

La présence de ce ligament explique les relations intimes que présentent les tumeurs ovariennes avec le colon pelvien, peut-être aussi la propagation fréquente des inflammations des annexes gauches à l'anse ou vice versa, après un travail préliminaire d'adhérences qu'a surtout décrit Gersuny.

Ligament mésentérico-mesocolique. — Du point de rencontre des deux racines, part aussi un repli allant du feuillet antérieur du méso au mésentère.

Ce repli haut de 3 cent. et plus peut expliquer certaines coudures brusques du colon pelvien sur le colon iliaque. Il jouerait peut-être un rôle dans le volvulus.

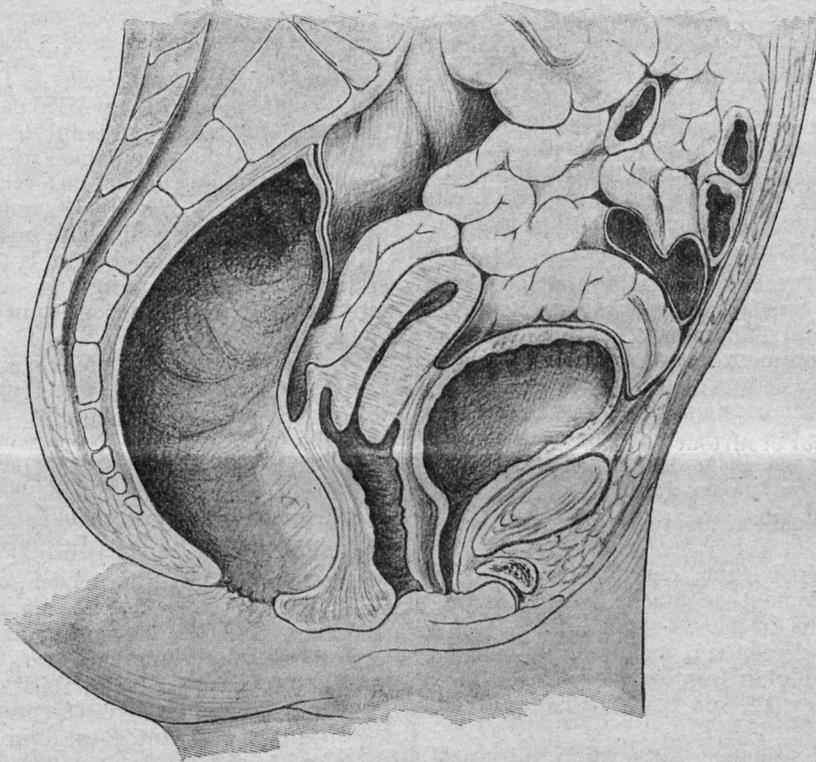
Enfin, d'après Jonnesco, il pourrait exceptionnellement

organes pelviens : vessie, utérus, ampoule rectale. — L'exiguïté du pelvis force alors l'organe le plus mobile, le colon pelvien à quitter l'excavation,

Trajet et rapports. — Le trajet même dans les cas où le colon est tout entier pelvien reste très variable.

Cependant la disposition typique bien fixée par Jonnesco est la suivante :

1^{re} PORTION : *Verticale gauche.* — Dans une première portion, l'anse née du bord interne du psoas iliaque plus ou moins près de la symphyse sacroiliaque gauche descend verticalement le long du flanc gauche. Elle atteint là un point très bas situé, toujours en tous cas le plus déclive, à gauche de l'ampoule rectale — suivant que ce point est plus ou moins bas situé, la première portion se continue



COLON PELVIEN

Rapports de la 1^{re} portion du Colon pelvien descendant dans le cul-de-sac de Douglas chez la femme.

Figure empruntée au Traité d'Anatomie de Poirier.

s'opposer à l'établissement facies de l'anus iliaque, en empêchant le colon pelvien d'être attiré dans la plaie.

COLON PELVIEN — ANATOMIE CHIRURGICALE

Situation. — Dans la normale, 92 % des cas pour Jonnesco le colon pelvien chez l'adulte est tout entier dans la cavité pelvienne. Chez le nouveau-né par contre, sa première portion d'habitude est prépelvienne, et cette disposition dite infantile se rencontre 8 fois sur 100 chez l'adulte.

Mais temporairement même chez l'adulte, le colon pelvien est souvent obligé de quitter partiellement la cavité pelvienne pour l'abdomen. Deux conditions l'y obligent :

Sa propre distension. — celle d'un quelconque des autres

avec la deuxième, par une légère courbure, ou par un angle aigu à sinus supérieur.

Les rapports de cette 1^{re} portion sont les suivants :

D'abord rapport très intime avec l'ovaire et la trompe gauche. L'anse croisant verticalement le ligament large gauche passe en avant de l'ovaire.

Les ligaments colopelviens et infundibulocoliques, dépendances simples du ligament supérieur de l'ovaire, rendent encore plus intime cette relation anatomique.

Ensuite la partie inférieure de la 1^{re} portion descend très bas dans le cul-de-sac de Douglas chez l'homme et chez la femme ; sa présence y est presque constante, celle de l'intestin grêle beaucoup plus rare.

2^e PORTION ou *transversale.* — L'anse se porte obliquement en haut de gauche à droite au-devant de la conca-

tivité sacrée derrière la vessie chez l'homme, l'utérus chez la femme, appliquée immédiatement contre eux en raison de la présence de l'ampoule.

Cette portion est celle qui a le plus long méso et suivant la longueur variable de celui-ci, elle est tantôt rectiligne et courte, tantôt entièrement sinueuse et longue.

Le plus souvent elle décrit 2 ou 3 flexuosités à concavité inférieure.

Bas située elle repose sur l'ampoule, haut située elle est au-devant du promontoire, ou même lorsque l'anse est complètement relevée, elle atteint l'ombilic.

Son rapport le plus intéressant chez l'homme est la vessie et il n'est pas rare de voir les cancers de cette partie de l'anse se propager à la vessie et l'ouvrir.

Chez la femme, cette femme répond d'abord à la cavité supérieure du Douglas gauche, puis à la face postérieure de l'utérus vers son fond. C'est cette portion qui adhère d'une façon presque constante aux salpingites gauches, ou aux fibromes adhérents et qu'on risque de déchirer au fond même de l'excavation.

L'angle d'union de la 2^e à la 3^e portion répond d'habitude à la paroi pelvienne droite au-dessous du détroit supérieur. Mais il peut siéger plus haut, répondre à la symphyse sacro-iliaque droite, et au cas où la 2^e portion est relevée complètement dans l'abdomen, répondre à la fosse iliaque droite au contact même du cœcum.

3^e PORTION droite ou terminale. — Si son origine est variable, son trajet est constant. Toujours à droite de la ligne médiane, elle descend obliquement pour se terminer à son niveau dans le rectum en regard de la 3^e ou 4^e vertèbre sacrée.

Presque toujours elle se porte en même temps en arrière, de façon à passer derrière la 2^e portion, de sorte que l'angle qu'elle forme avec la 2^e est dirigé dans le sens sagittal et présente un sinus ouvert en bas et à gauche.

Variations. — La disposition typique pour le nouveau-né est la suivante :

La 1^{re} portion est prépelvienne, complètement relevée ou se portant transversalement de gauche à droite devant le promontoire, au-dessus du détroit supérieur.

Vers la fosse iliaque droite, soit au niveau du cœcum même, soit derrière la région inguinale droite (Meckel, Huguier, Lesshaft, Saffrey, Cl. von Samson) l'anse décrit 2 ou 3 flexuosités.

A ces flexuosités fait suite une 3^e portion intra-pelvienne souvent flexueuse allant de droite à gauche.

Cette disposition s'explique par la longueur relativement énorme du méso et de l'anse, par la distension de l'ampoule rectale par le méconium et l'exiguïté du pelvis.

Chez l'adulte, on retrouve la même disposition ou bien ainsi que je l'ai vu moi-même une dizaine de fois, l'anse énormément longue apparaît totalement relevée, inscrite dans le cadre des colons et suivant un trajet inverse de la fosse iliaque gauche à la fosse iliaque droite après s'être approchée plus ou moins près de l'ombilic. Dans ce cas, l'anse n'a presque qu'une chose de pelvienne, l'insertion fixe de son mésocolon.

Longueur. — Jonnesco a mesuré cette longueur sur 54 sujets. Des chiffres qu'il donne on peut déduire que la longueur a été supérieure : à 40 cent. 30 fois, soit dans 54 0/0 des cas, à 32 cent. 40 fois, soit 78 0/0 des cas, au-dessous de 20 cent. 2 fois seulement.

Les chiffres les plus élevés étaient 63 et 84 cent. Teirlinck donne en moyenne 35 à 40 cent, soit un chiffre concordant, il faut cependant observer que Teirlinck fait débiter à tort l'anse sigmoïde au niveau de l'épine iliaque

antéro-supérieure d'où une petite erreur en trop dans son évaluation.

Il a trouvé 80 cent., j'ai trouvé moi-même 72. La longueur moyenne 35 cent. est nettement inférieure à celle du colon transverse 45 cent. alors que la moyenne de hauteur du méso est sensiblement la même.

Il peut être intéressant de remarquer que les variations de longueur et de siège portent surtout sur la 2^e et la 1^{re} portion.

La 3^e portion, toujours intrapelvienne dans sa presque totalité, ne varie que faiblement et seulement en son point d'origine.

Son méso de plus en plus court vers la terminaison, la fixité de l'ampoule rectale lui interdisent les déplacements.

Aussi la 3^e portion ne pouvant échapper aux compressions exercées par les tumeurs pelviennes donne-t-elle naissance à des accidents de gangrène et d'occlusion dans le cas de tumeurs enclavées (J. Boeckel.)

Vaisseaux du colon pelvien. — La disposition des vaisseaux dans le méso colon pelvien constitue encore un point d'anatomie intéressant au point de vue chirurgical. Quénu et Duval, Lardennois ont bien mis en relief le fait capital « la disposition en éventail des vaisseaux et des lymphatiques », de sorte que la résection chirurgicale du méso supprime en bloc le pédiculaire vasculaire et lymphatique.

En effet, dans le méso ayant la forme d'un segment de cercle dont l'intestin marque la circonférence, on trouve 3 artères ou sigmoïdes accompagnées de veines et lymphatiques.

Ces 3 artères, branches de la colique inférieure gauche, se dirigent en divergeant vers l'intestin comme trois nervures de la feuille mésocolique.

La sigmoïde supérieure ou gauche répond à la racine oblique gauche du méso.

La droite chemine à droite de la racine primitive droite parallèlement à l'hémorroïdale supérieure.

La moyenne occupe la partie moyenne flottante du méso.

Structure. — Le colon pelvien, comme toute la portion gauche du gros intestin, présente un aspect moniliforme ; de là peut-être la tendance à la sténose pathologique.

Le diamètre est augmenté vers la partie moyenne ou déclive 10 à 12 cent. d'après Teirlinck.

La partie inférieure se rétrécit progressivement en entonnoir jusqu'à 8 et 6 cent. C'est donc cette portion qui prête le mieux à la sténose.

La structure histologique est celle des colons et ne présente rien de particulier à signaler.

CHAPITRE II

Physiologie

La physiologie du colon pelvien se confond pour la plus grande partie avec celle du reste du gros intestin.

Il ne s'y passe plus de digestion et l'absorption qui se fait à ce niveau est surtout l'absorption des liquides.

Mais les substances alimentaires séjournent longtemps dans le gros intestin, douze à quinze heures contre trois environ dans l'intestin grêle.

Il y a donc toujours stase dans les diverses portions du gros intestin et les fermentations putrides ont le loisir de s'accomplir.

Ces phénomènes de stase se produisent d'habitude, surtout au niveau de l'ampoule rectale, où les matières séjournent quelque temps avant la défécation. Mais qu'il

ait constipation accentuée, alors sous l'influence de la résorption de l'eau les matières se durcissent et s'évacuent difficilement.

La cause de la constipation réside essentiellement au point de vue physiologique dans l'insuffisance motrice et sécrétoire de l'intestin. L'insuffisance sécrétoire des glandes tubuleuses se traduit en effet par une diminution du mucus qui favorise le glissement des matières.

Dès lors en l'absence de selles journalières les matières durcies s'accumulent dans les parties terminales du gros intestin, ampoule et colon pelvien.

Il semble bien en pareil cas que les seules portions du gros intestin qui se prêtent aux accumulations en dehors du rectum du reste facile à débarrasser sont le cœcum et le colon pelvien.

Par ses coudures, la position déclive d'un de ses segments, la déshydratation plus complète des matières, le colon pelvien est le siège principal de ces accumulations.

Par irritation, la muqueuse s'enflamme donnant naissance souvent au phénomène bien connu de la fausse diarrhée.

Les ulcérations et le rétrécissement consécutif, l'atonie complète de l'anse sont les aboutissants de cette déviation fonctionnelle.

La présence enfin de matières stagnantes dans l'anse pelvienne détermine des troubles importants de circulation : varicocèle, hémorroïdes sont des accidents habituels en pareil cas.

Duclos (de Tours) a jadis donné à la stercorémie un rôle dans les accidents connus de la chlorose ; on ne peut nier tout au moins que les résorptions sont un des facteurs du trouble général de l'économie constant dans l'atonie intestinale.

Au degré le plus élevé la constipation invétérée aboutit chez le vieillard à l'obstruction. Tantôt cette obstruction débute au niveau de l'ampoule, tantôt elle ne commence qu'au niveau du colon pelvien.

Elle n'est grave en tous cas que par la participation du colon pelvien, beaucoup moins accessible aux moyens directs d'évacuation.

CHAPITRE III

Procédés d'exploration

Palper abdominal et percussion. — A l'état normal, la situation de l'anse sigmoïde placée tout entière dans l'exclavation ne permet au palper abdominal et à la percussion de donner aucun résultat. Lorsque l'anse est distendue, lorsqu'une tumeur volumineuse occupe sa partie supérieure, elle devient seulement accessible, encore le concours des autres moyens d'exploration reste-t-il nécessaire pour bien localiser la lésion au colon pelvien.

Toucher rectal et vaginal. — Le toucher rectal permet d'explorer tout au moins l'angle de la première et de la deuxième portion, point le plus déclive du colon pelvien à gauche de l'extrémité supérieure du rectum.

Le toucher vaginal rend plus facile chez la femme l'exploration du colon pelvien. La fin de la première portion, une bonne partie de la deuxième sont accessibles au toucher et on peut dire sans hésitation que c'est là la voie qui donne le plus de renseignements nettement contrôlables.

Procédé de Simon. — L'introduction de la main tout entière dans le rectum pour permettre à un plusieurs doigts de pénétrer dans l'anse sigmoïde elle-même, a été pratiquée en 1871 par Simon (de Heidelberg) et préconisé par lui.

En France, ce procédé brutal qui a déterminé des ruptures de l'intestin, est unanimement condamné. Je ne m'attarde donc pas à le décrire.

Exploration par la sonde. — L'exploration par la sonde Wales rectale bougie est le seul moyen qui permet de reconnaître dans toute sa longueur la perméabilité du colon pelvien. Il faut se servir d'une tige en caoutchouc pur, souple et flexible *sans être jamais rigide*, creusée d'un canal dans toute sa longueur. La forme de la pointe, le numéro varient selon les besoins.

L'introduction est plus difficile qu'on ne pourrait le croire tout d'abord, la sonde ayant souvent quelque difficulté à trouver l'orifice supérieur de l'ampoule.

Elles se pratique ainsi :

Des lavements préliminaires ont vidé l'anse tout entière. Le malade est couché sur le côté gauche, les cuisses fléchies sur le tronc.

La bougie bien huilée est poussée facilement jusqu'à 8 ou 10 cent.

Ici commence la difficulté qui ne peut être résolue que par l'artifice suivant, d'où la nécessité du canal central.

Un injecteur est adapté à la sonde, une petite quantité d'eau chaude est introduite dans l'intestin. A ce moment d'habitude la sonde pénètre dans le colon pelvien, si on échoue on recommence plusieurs fois la même manœuvre jusqu'à réussite.

Dès lors la sonde flexible parcourt la lumière de l'anse, ou s'arrête en butant contre une tumeur, un rétrécissement, une boule stercorale. Il n'est pas toujours aisé de reconnaître la nature de l'obstacle, le plus souvent la sonde ne fournit qu'un renseignement à ajouter à ceux fournis par l'histoire clinique du malade.

Un des renseignements les plus précieux est celui fourni par l'examen de la pointe de la sonde, ramenant ou non du mucus, du sang, du pus, des débris épithéliaux.

Colonoscope ou rectosigmoidoscope, ou proctoscope. — Le colonoscope imaginé par Kelsey consiste en une série de tubes métalliques de longueur et diamètre variables qu'on essaiera tour à tour.

Un obturateur permet l'introduction facile sur le malade placé dans la position genupectorale.

L'introduction faite avec prudence, l'obturateur est retiré et un éclairage électrique est projeté dans l'appareil.

Le champ d'investigation est malheureusement toujours petit, cependant en faisant exécuter des mouvements de rotation à l'appareil et en le retirant petit à petit, on parvient à explorer la partie inférieure de l'anse sigmoïde.

Les ulcérations, les tumeurs, les sténoses peuvent bénéficier de cet examen direct. L'ablation de polypes à l'anse galvanique a été faite assez souvent avec succès.

En France le colonoscope a été peu employé. Quénu assure qu'il n'a donné que des résultats médiocres.

En Amérique, où il existe une société de Proctologie, son usage s'est beaucoup plus répandu, et les succès thérapeutiques obtenus sont aussi beaucoup plus nombreux.

Il semble bien qu'il y ait là une méthode intéressante et dont l'avenir tirera sans doute un parti sans cesse meilleur.

Le rectosigmoidoscope de Strauss (de Berlin) a été utilisé dans ces derniers temps aussi avec succès en Allemagne et en Suisse.

CHAPITRE IV

Affections du colon pelvien

De même que dans la brève étude d'anatomie et de physiologie qui sert d'introduction à ce travail, nous nous sommes efforcé de dégager les caractères typiques du colon pelvien, de même dans cette étude de pathologie nous chercherons à déterminer les caractères spéciaux de chaque affection, du fait même de son siège dans l'anse sigmoïde.

Nos auteurs classiques ne consacrent jusqu'ici aucun chapitre distinct à la pathologie de l'S iliaque pour employer la terminologie vicieuse qu'ils conservent encore.

L'individualisation qu'ils accordent au rectum et au cœcum, ils la refusent au colon pelvien. Ils se bornent à signaler la fréquence de certaines affections au niveau de la fosse iliaque, tels le volvulus et le cancer.

Faut-il voir là une lacune ? Le colon pelvien a-t-il droit à un chapitre spécial, tout aussi bien que le cœcum et le rectum ?

Nous n'hésitons pas à répondre affirmativement. Au point de vue pathologique comme au point de vue anatomique, le colon pelvien mérite la même individualisation.

Si nos traités ont omis jusqu'ici ce chapitre spécial, c'est d'abord il faut bien le dire, parce que les lésions moins accessibles du colon pelvien ne sont bien connues que depuis les plus récents accidents de la chirurgie moderne.

C'est aussi, en raison du manque de précision ancien des descriptions anatomiques, de la confusion regrettable du colon iliaque et pelvien, de la description avec le rectum de la 3^e portion du colon pelvien.

Ainsi comprise anatomiquement l'S iliaque présentait des affections à type disparate, selon que leur siège était sur l'anse iliaque ou fixe, sur l'anse mobile ou pelvienne.

Rien de plus opposé en effet au point de vue des déductions cliniques et opératoires que les lésions de chacun d'un de ces segments. Une monographie paraissait donc impossible à écrire.

Si, au contraire, nous envisageons séparément les affections du colon pelvien, nous allons voir que cette monographie s'appuie sur des caractères indiscutables de particularisation : ce qu'a fait un peu incomplètement Teirlinck, nous allons essayer de le refaire aujourd'hui en utilisant les travaux récents.

Nous distinguerons à notre étude deux chapitres :

Le premier consacré à l'étude des maladies proprement dites de l'anse sigmoïde.

Le deuxième à l'étude des rapports existant chez la femme entre certaines affections génitales et certaines altérations sigmoïdes.

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES DU COLON PELVIEN.

L'histoire des plaies ou contusions accidentelles du colon pelvien n'offrant rien de particulier à signaler, nous nous bornons à signaler leur possibilité. Le colon pelvien est du reste relativement protégé par la ceinture osseuse du pelvis.

Les blessures chirurgicales du colon pelvien retiendront seules un moment notre attention, en raison de leur fréquence relative.

Au cours des opérations gynécologiques aujourd'hui si fréquentes aussi bien dans les interventions abdominales que vaginales, le colon pelvien est la portion de l'intestin la plus constamment adhérente et par suite la plus facile à blesser ou déchirer.

S'agit-il d'une hystérectomie vaginale, sa situation dans le cul-de-sac de Douglas l'expose à être saisi par une pince ou à être déchiré dans les efforts de traction.

Dans l'hystérectomie abdominale pour fibrome et surtout pour pyosalpingite, à gauche le colon fait souvent corps avec la tumeur. Il faudra souvent abandonner au fond de l'excavation des lambeaux adhérents de la poche pour éviter sa déchirure.

Mêmes difficultés dans les kystes ovariens adhérents ou suppurés, plus grandes encore dans les grossesses extra-utérines.

Dans ce dernier cas, en effet, il n'est pas rare, ainsi que je l'ai observé personnellement plusieurs fois, de voir le colon pelvien non seulement former la paroi même du kyste fœtal, mais encore constituer par ses appendices épiploïques une des principales sources vasculaires du placenta.

Toute ablation est donc impossible, et la marsupialisation en pareil cas doit être résolument pratiquée, ainsi que le conseille du reste sans hésitation le professeur Segond.

En regard des blessures produites au cours même de l'opération et qu'il faut réparer avec grand soin si on n'a pu ou su les éviter, il est un autre accident moins grave dans ses conséquences immédiates, mais parfois fort ennuyeux dans l'avenir. Je veux parler de la fistule stercorale secondaire qui succède à la décortication de certains pyosalpinx.

La paroi intestinale n'a pas été lésée, mais amincie et malade, elle cède secondairement lorsqu'elle n'est plus doublée de la paroi du pyosalpinx.

Le plus souvent, il se fait une simple fistule sans accidents généraux, mais la fistule peut persister indéfiniment et sa cure radicale n'est pas sans causer nombre d'ennuis au chirurgien.

2^o Déplacements pathologiques de l'anse.

A. *Hernies.* — Ces hernies sont fréquentes, leur cure radicale est difficile. Tels sont les deux renseignements que nous trouvons dans les classiques à propos des hernies de l'S iliaque.

La 1^{re} proposition est vraie du *colon pelvien* et l'anatomie nous permet facilement de comprendre que de tout le gros intestin, l'anse sigmoïde est la mieux disposée pour s'engager dans un sac herniaire.

La hauteur de son méso, étirée encore chez des gens âgés du fait du poids des matières, lui donne autant de facilité qu'aux anses les plus libres de l'intestin grêle.

De plus sa situation pelvienne, l'insertion gauche de son méso très rapprochée du canal inguinal gauche sont telles qu'il n'est point besoin de glissement de son insertion pour expliquer sa présence dans une hernie.

La 2^e proposition est fautive en ce qui concerne le colon pelvien, ce qui est difficile, c'est la cure radicale des hernies par glissement du colon iliaque.

Il n'y a point, en effet, de différence habituelle entre la réductibilité opératoire d'une hernie du colon pelvien ou d'une anse grêle.

Les difficultés présentées dans le traitement des hernies adhérentes du gros intestin, la nécessité de procédés spéciaux, tels ceux de Savariaud et de Morestin, n'est vraie que du colon iliaque.

Certes, ces deux derniers auteurs sont de trop bons anatomistes pour n'avoir pas eux-mêmes nettement indiqué la distinction. Mais pourquoi ont-ils gardé encore cette fautive dénomination de l'S iliaque qui prête tant à confusion ?

C'est ainsi que pour Savariaud, S iliaque est synonyme d'anse ilio-pelvienne, tandis que pour Andrieu (1), dont la thèse a été inspirée cependant par le même Savariaud et Morestin, l'S iliaque signifie le colon iliaque ou partie dépourvue de méso.

A l'imitation de Savariaud nous décrirons 3 types de hernie du colon pelvien.

Dans les deux premiers types il y a hernie isolée du colon pelvien.

Le 3^e type au contraire est une hernie du colon pelvien compliquée de glissement du colon iliaque.

Le 1^{er} type correspond à la hernie ordinaire du colon pelvien, le méso restant en place. La réductibilité est aussi facile que pour une hernie grêle.

Le 2^e type répond aux cas dans lesquels le péritoine de la fosse iliaque ayant glissé de haut en bas, le méso sigmoïde vient s'implanter sur le collet du sac. Il ne s'agit dans ce cas que de hernies inguinales gauches.

L'opération un peu plus difficile comprend un premier temps de libération des adhérences du méso au collet, mais cette libération se fait toujours assez facilement sans que le méso ait à en souffrir.

La réductibilité de l'anse est par suite toujours possible, il n'est besoin d'aucun procédé opératoire spécial.

A cette hernie du colon pelvien isolé, s'oppose complètement au contraire la hernie du colon iliaque, ou hernie par glissement.

Il est vrai que cette hernie est rarement isolée, qu'elle accompagne d'habitude celle du colon pelvien et n'est qu'une exagération de la descente du péritoine iliaque déjà observée dans le 2^e type.

Mais c'est uniquement à la présence du colon iliaque et de son méso vasculaire que sont dus les caractères spéciaux de la hernie.

Le 3^e type de Savariaud constitue donc en réalité la hernie du colon iliaque.

C'est parce que le méso constitue la paroi postérieure même du sac « l'adhérence charnue naturelle » déjà décrite par Scarpa que depuis Boiffin tous les auteurs se sont ingénies à trouver des procédés nouveaux de cure radicale.

Voici les caractères de cette *hernie par glissement* qui succède soit à la situation anormale du colon iliaque en *position basse*, immédiatement derrière l'arcade de Fallope (cas isolés), soit à l'entraînement du colon iliaque à la suite du colon pelvien.

Tout d'abord elle est toujours inguinale gauche sauf dans un cas douteux de Malgaigne où il s'agirait d'une crurale gauche.

Ensuite le pédicule vasculaire fait partie de la hernie, exceptionnellement le colon est entièrement sacculaire.

D'habitude le sac n'existe qu'en avant et au-dessus de l'intestin et c'est là qu'il faut inciser pour ne pas blesser l'anse elle-même.

Rarement seul, le colon iliaque est souvent accompagné d'épiploon, d'intestin grêle et surtout du colon pelvien. Celui-ci est toujours situé en dedans, le colon iliaque plus ou moins dépourvu de son péritoine est placé en dehors.

Les procédés ordinaires impuissants à isoler le sac de l'intestin, la cure radicale vraie n'est donc pas réalisée.

Savariaud (2) et Morestin (3) ont récemment publié

(1) ANDRIEU. Thèse. Paris 1903.

Etude sur l'Anatomo-pathologie et le traitement des hernies de l'S iliaque, par glissement.

(2) SAVARIAUD. Hernies par glissement de la l'S iliaque 1901. Procédé nouveau de cure radicale. XVI^e Congrès français de Chirurgie, page 535.

(3) MORESTIN. In thèse d'Andrieu déjà citée.

chacun de leur côté un procédé destiné à assurer la cure radicale.

Savariaud partant de ce principe confirmé par Morestin « que le sac herniaire n'est autre chose qu'un méso retourné » retourne le sac pour faire la réduction et rétablir le méso.

Morestin, pour éviter la récurrence, fait une incision iliaque et à travers cette incision refait un mésocolon et une fixation du colon mésoplastie et mésocolopexie pour empêcher la récurrence.

Les deux procédés en résumé se complètent l'un l'autre ; celui de Morestin constitue une opération complexe que justifient les difficultés de prévenir la récurrence.

Mais je le répète c'est la hernie du colon iliaque par glissement qui présente ces difficultés opératoires. Cette hernie ne nous intéresse ici que parce qu'elle est le plus souvent provoquée elle-même par la hernie du colon pelvien. Fort heureusement elle est rare, tandis que la hernie du colon pelvien est extrêmement fréquente.

B. Prolapsus. — Le prolapsus du colon pelvien n'existe que comme une conséquence du prolapsus rectal invétéré et très accentué.

Nous nous contenterons d'en faire mention ici pour pouvoir décrire en leur temps les divers procédés de colopexie utilisés dans la cure chirurgicale de prolapsus graves, du rectum.

C. Volvulus. — Les auteurs classiques sont d'accord pour reconnaître que le volvulus, c'est-à-dire la torsion ou rotation d'une anse intestinale autour d'un axe formé par son méso, est surtout fréquent au niveau de l'S iliaque.

Or, ici cet iliaque est bien uniquement synonyme du colon pelvien, car le colon iliaque étroitement fixé à la paroi ne peut en aucun cas être atteint de volvulus.

D'après Trèves (1) le volvulus siège sur le colon pelvien 2 fois sur 3. Il siège ensuite par ordre de fréquence sur lésion dans ses portions terminales, très rarement sur le cæcum, le colon ascendant, le colon transverse.

Le volvulus du colon pelvien toujours d'après Trèves représente la 40^{me} partie de tous les cas d'occlusion intestinale.

Et la description classique du volvulus s'applique en réalité au colon pelvien.

Pathogénie et Etiologie. — Les raisons de la prédilection du volvulus pour l'anse pelvienne du colon s'expliquent facilement par les conditions anatomiques et physiologiques.

Une anse d'intestin est d'autant plus exposée à la torsion qu'elle a un méso plus long, or seules, certaines portions de l'intestin grêle peuvent rivaliser sur ce point avec l'anse congénitalement très développée ou étirée par le poids des matières chez les constipés habituels.

De plus l'insertion angulaire du méso et la disposition en arc de cercle de l'intestin rapprochent, en forme de bouche, ses diverses extrémités, ce qui rend facile le mouvement initial de torsion.

N'oublions pas encore que les deux extrémités de l'insertion du méso-colon pelvien sont très rapprochées, que l'anse elle-même décrit normalement des flexures à angle brusque.

Et concluons qu'en théorie aucun segment intestinal ne paraît mieux se prêter à une rotation anormale sur son axe.

Mais les fonctions de l'anse viennent encore aggraver ces prédispositions.

(1) Trèves. A case of removal of a portion of the sigmoid flexure. Lancet. London, 1893 I. p. 521

Habituellement remplie de matières pesantes, l'anse sigmoïde non seulement tend avec l'âge à allonger son méso, mais encore elle se dilate et il suffit que sa partie la plus déclive qui est en même temps la plus mobile bascule pour qu'elle ne puisse reprendre sa position première.

La clinique vient bien mettre en relief le rôle de l'accumulation habituelle des matières dans l'anse sigmoïde.

Alors qu'en effet chez les jeunes sujets le volvulus siège d'habitude sur l'iléon, dans l'âge mûr et la vieillesse le volvulus presque constamment rencontré est celui du colon pelvien. L'alimentation prédispose au volvulus par la surcharge en résidus du gros intestin.

Tous les auteurs signalent sa fréquence chez les paysans russes et l'attribuent au régime purement végétal. Pour Trèves, le volvulus du colon pelvien serait 4 fois plus fréquent chez l'homme ; chez la femme la grossesse peut le provoquer (Morestin)

Anatomie et Physiologie pathologiques. — Le colon atteint de volvulus présente des dimensions énormes. Il remonte dans l'abdomen, refoulé par l'estomac et le diaphragme. Le mouvement de torsion se fait dans le sens des aiguilles d'une montre ou inversement la partie supérieure de la flexure pouvant se placer devant ou derrière la partie inférieure ; il est à un, deux ou trois tours.

Les troubles de circulation de l'anse sont la cause la plus grave des accidents.

Distendu au maximum, noirâtre presque d'emblée, l'intestin éraillé sa séreuse et en quelques jours se gangrène avec comme conséquence ultime la perforation.

Cette perforation tend à se produire surtout au moment de l'ouverture par décompression de l'anse. La manipulation de l'anse tordue est donc des plus dangereuses. Trèves a le premier insisté sur la rapidité et la constance de la péritonite par inflammation simple. D'abord localisée à l'anse qui se revêt d'exsudat fibrineux, elle diffuse bientôt au reste de l'intestin.

Nous comprenons facilement maintenant le mécanisme de ces péritonites dues au passage des microbes de la cavité intestinale à travers la paroi distendue et paralysée.

À côté du volvulus vrai on peut observer au niveau du colon pelvien les lésions suivantes que nous lui rattacherons.

1° La simple coudure, celle-ci se faisant entre le colon iliaque et la première portion du colon pelvien sous l'influence du poids des matières.

2° L'enroulement en forme de nœud d'une anse grêle et du colon pelvien.

Deux cas sont alors possibles :

A. L'intestin grêle forme le nœud autour de l'anse.

B. Le colon pelvien forme le nœud autour d'une anse idéale.

D'après Teirlinck, le siège du nœud varierait avec chacun de ces cas et serait constant pour chacun d'eux. Dans la variété A, le nœud se trouverait au niveau de la symphyse sacroiliaque gauche — Dans la variété B, ce nœud serait situé au niveau de la 3^e ou 4^e lombaire (anse sigmoïde relevée)

Symptômes et diagnostic. — Le tableau général est celui de l'occlusion aiguë ; mais de signes propres, il n'y en a guère, de là difficulté du diagnostic.

D'après Peyrot dans sa thèse, le diagnostic n'aurait jamais été fait sur le vivant. Aujourd'hui nous avons fait quelques progrès et faisons parfois le diagnostic. Il repose alors :

D'abord sur l'existence d'une phase prémonitoire : accès de coliques — constipation opiniâtre — crises diarrhéiques liées à la stase habituelle dans le colon. Au début, on peut relever une douleur vive, précoce, d'abord intermittente puis continue, nette surtout à la pression dans la fosse iliaque gauche. Les vomissements sont tardifs. Le ballonnement qui peut être énorme n'est pas généralisé, il débute à gauche. Parfois on voit se dessiner une voussure localisée très appréciable à l'œil, et la palpation permet au même niveau de reconnaître la présence d'une « boule » rénitente, assez limitée et profondément fixée.

Ce signe, signe de V. Wahl, est le seul peut-être sur lequel puisse se fonder un diagnostic ferme. La boule peut très bien ne point siéger sur la fosse iliaque gauche, quoique le siège du volvulus soit bien sur le colon pelvien. Dans un fait récent rapporté par Morestin (1) à la Soc. Anatomique (séance du 7 octobre 1904), la voussure très nette fit porter le diagnostic de volvulus, mais son siège sus-ombilical fit croire à une torsion portant sur le colon transverse. Or, il s'agissait bien d'un volvulus du colon pelvien prodigieusement distendu.

Il est vrai de dire que dans le cas si intéressant de Morestin, l'occlusion était survenue chez une femme grosse au moment même du travail, et que le colon pelvien avait probablement été refoulé préalablement hors du pelvis par l'utérus gravide.

La grossesse, ainsi que le fait remarquer Morestin qui cite à l'appui de son opinion trois ou quatre faits semblables, a été probablement la cause déterminante du volvulus. À côté du signe de Wahl, ou à son défaut, on pourrait parfois peut-être trouver un élément de diagnostic dans un signe probablement rare, et non signalé par les classiques, dont a fait mention à la même séance de la Société anatomique le Dr Milian (2).

C'est un bruit de succession et de clapotage très accusé comparable à celui qu'on trouve dans les grandes sténoses pyloriques (ce fut d'ailleurs le diagnostic porté)

Les moyens d'exploration directe du colon pelvien : Sonde. Injection d'eau (si la quantité injectée ne dépasse pas 4 litre ou 1 litre 1/2) peuvent parfois fournir un renseignement utile.

Pronostic. — Le pronostic reste très grave. Abandonné à lui-même, le volvulus entraîne sûrement la mort par péritonite, gangrène ou perforation.

Traitement. — La seule chance de salut est dans l'intervention, mais pour que celle-ci soit efficace il faut qu'elle remplisse deux conditions :

1° Il faut de toute nécessité que l'opération consiste en une laparotomie qui redresse la torsion et non en un simple anus contre nature. L'anus contre nature n'empêche en effet ni la péritonite d'évoluer, ni l'anse de se mortifier et de se perforer.

2° Il faut que la laparotomie soit précoce. Toutes les fois pour ainsi dire que l'opération a été faite après le quatrième jour, la mort est survenue. À cette date, en effet la péritonite s'est propagée de l'anse à toute la cavité abdominale, et là mort est déjà presque inévitable.

Plus tard, la situation est plus mauvaise encore. La gangrène de l'anse expose à une nouvelle complication, la rupture dans le ventre au cours de l'opération. Aura-t-on même réussi comme le raconte Morestin à éviter cette complication par la ponction au trocart qu'il reste encore l'o-

(1) Morestin, Soc. anatomique, 7 octobre 1904.

(2) Milian, Soc. anatomique, 7 octobre 1904.

bligation périlleuse en pareil cas de réséquer l'anse et d'établir un anus contre nature.

Faite au début, au contraire la laparotomie constitue une opération très simple et de résultat certain.

Après avoir reconnu le volvulus, il n'y a en effet qu'à pratiquer la détorsion, et si l'état du malade permet d'allonger un peu le temps de l'opération, on fera ensuite une colopexie qui fixant à la paroi l'anse trop mobile assurera l'impossibilité de la récédive.

L'important donc c'est de faire précocement le diagnostic (1) de volvulus, ce n'est qu'à cette condition que nos statistiques s'amélioreront.

D. Hernie de la Fossele intersigmoïde. — Pour ne rien oublier de ce qui concerne la pathologie du colon pelvien, nous croyons devoir signaler ici les hernies internes qui se font dans la fossele située entre les deux racines de son méso ou fossele intersigmoïde.

En les plaçant un peu arbitrairement dans ce chapitre, nous invoquons comme raison le fait que la condition première de production de la hernie est le relèvement anormal de l'anse dans la cavité abdominale, relèvement qui rend accessible le seuil de la fossele.

Ces hernies sont du reste extrêmement rares. Dans son mémoire de 1890 consacré à l'étude de diverses hernies internes, Jonnesco ne relate que deux cas de la variété intersigmoïde.

Dans ces dernières années je n'ai relevé aucun fait nouveau. Il paraît donc que parmi les hernies internes, toutes très rares elles-mêmes, celle-ci est une des moins fréquentes.

Il semble qu'au point de vue chirurgical, la cure de cette hernie serait plus facile que celle de fossele la duodéno-jejunaie.

J'ai pu me rendre compte par moi-même dans un cas de cette dernière variété du peu de chance de succès qu'offre la laparotomie, en raison de la difficulté même qu'éprouve le chirurgien à se rendre un compte exact de la lésion.

3^e COMPRESSIONS DU COLON PELVIEN

A. Compressions étroites. — Les compressions étroites par brides se produisent sur le colon pelvien à la suite des inflammations des organes du petit bassin.

L'inflammation des organes génitaux chez la femme en 1^{re} ligne, l'appendicite dans ses formes pelviennes sont les causes habituelle de ces brides.

Les interventions gynécologiques sont parfois suivies d'occlusions ayant pour siège d'élection le colon pelvien.

L'occlusion assez fréquente après l'ovariotomie, par exemple, peut être due au pédicule du kyste opéré étranglant le colon pelvien.

De même encore après l'hystérectomie vaginale le colon pelvien qui se présente d'habitude au niveau du cul-de-sac postérieur peut être englobé dans la cicatrice vaginale. La simple libération de la cicatrice a suffi pour amener la guérison. (Quénu.)

B. Compressions larges pour tumeurs. — Par sa situation dans le bassin osseux inextensible, le colon pelvien s'offre en quelque sorte aux compressions chez la femme tout au moins.

D'habitude il est vrai, la longueur de son méso lui permet de se relever dans le ventre et d'échapper ainsi à la compression.

Mais le danger devient pressant quand la tumeur s'est compliquée de poussées inflammatoires, des adhérences immobilisant alors l'anse sigmoïde dans le pelvis. Une poussée dernière de péritonite provoquera l'occlusion absolue.

Minime encore dans les tumeurs qui s'élèvent dans l'abdomen, telle la grossesse qui paraît provoquer plus volontiers le volvulus, le danger deviendra surtout imminent dans les tumeurs enclavées du petit bassin : fibromes — grossesse extra-utérine, kystes ovariens — Pyosalpinx.

J. Bœckel (1) (dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale 1902) relate plusieurs faits d'occlusion et de gangrène de l'extrémité supérieure du rectum par des tumeurs utérines ou ovariens.

Or, en lisant ce mémoire, il est facile de voir que ce que Bœckel, fidèle aux anciennes dénominations, appelle extrémité supérieure du rectum, est la portion terminale du colon pelvien, celle à laquelle la brièveté de son méso permet de fuir difficilement la compression.

(A suivre).

LETTRES DE LADY WORTLEY-MONTAGUE

D^r Ch. T. GUYOT, Tromarey (Haute-Saône)

V

(Suite)

A. M. Pope.
Belgrade, le 12 février 1717.

« Mon intention était de vous écrire une longue lettre de Péterwaradin, où je m'attendais à séjourner trois ou quatre jours, mais le Pacha de Belgrade était si pressé de nous voir qu'il a fait repartir sur le champ le courrier de M. Wortley chargé de demander l'escorte qui devait venir à notre rencontre. »

« Nous avons donc quitté Péterwaradin dès le lendemain, accompagnés des principaux officiers de la garnison et d'une escorte d'Allemands et de Russiens. L'empereur a plusieurs régiments de ces derniers, mais à vrai dire, ce sont plutôt des pillards que des soldats. »

« Un mot de ces gens-là qui sont en grand nombre dans la Hongrie. Ils ont un patriarche qui leur est propre au grand Caire, et sont réellement de l'église grecque. Leurs prêtres laissent croître leurs cheveux et leur barbe, et sont le portrait exact des bramines de l'Inde. »

« Après cette petite digression je m'empresse de vous dire que nous avons passé dans les champs de Carlowitz, où le prince Eugène a remporté sa dernière victoire sur l'armée turque. Ces champs portent encore la marque de cette journée glorieuse, mais sanglante ; ils sont jonchés de crânes et d'ossements humains non enterrés, et aussi d'ossements de chevaux et de chameaux. Je ne pouvais sans horreur promener mes regards sur un tel amas d'hommes mutilés, sans réfléchir sur la cruauté et l'injustice de la guerre qui non seulement légitime, mais glorifie le meurtre. »

(1) Bœckel, Occlusion intestinale et gangrène de l'extrémité supérieure du rectum dans les tumeurs utéro-ovariens. Revue de Gynéc. et de Chir. abdominale. 1899.

(1). C. von Torok Wiener Klein. Wochenschrift 1898 à propos d'une guérison obtenue par lui.

« Je suis persuadée qu'il n'y a pas de démonstration plus évidente de la déraison humaine (malgré toutes nos prétentions à la raison) que la rage avec laquelle on se dispute une petite parcelle de terre, tandis qu'il y en a tant d'autres, même fertiles, qui sont inhabitées. »

« Il est vrai qu'actuellement l'usage général a rendu ce fléau presque inévitable. Mais, dans cette coutume si solidement établie et si manifestement contraire aux intérêts de l'homme, nous trouvons précisément la meilleure preuve d'une éclipse totale de raison. »

« Je suis portée à penser avec M. Hobbes que l'état de guerre est l'état naturel de l'homme, mais j'en tire toujours cette même conclusion que la nature humaine n'est point raisonnable. Nombre d'excellents arguments pourraient encore être produits à l'appui de ma thèse, mais je vous en fais grâce, pour continuer bonnement l'histoire de mon voyage. »

Qu'il nous soit permis, au contraire, nous le demandons, de laisser un instant ce voyage pour applaudir, en passant, à ces nobles paroles qui traduisent un sentiment si vrai, si humain et si digne d'un cœur de femme.

En cette matière, pour notre malheur toujours actuelle, se pose une grave question : ces luttes fratricides, ces mêlées sanglantes auront-elles une fin, ou seront-elles éternelles ? Pour l'honneur et le bien de l'humanité, il nous semble qu'avec le temps, et fatalement, ce fléau de la guerre, cette honte de l'humanité, doit disparaître. Et pourquoi non ? Au moins devenir très rare et réservée aux peuplades sauvages. Mieux, disparaître, comme ont disparu les sacrifices humains, l'esclavage, les bûchers et autres innombrables supplices, tous à présent phénomènes historiques, réputés autrefois comme inhérents à la nature de l'homme. Espérons donc, et quelque lointaine qu'elle nous apparaisse, soupignons après cette bienfaisante ère de la Paix qui « réunira les nations ennemies, l'homme ne craignant plus l'aspect de l'homme, le fer homicide n'armant plus sa main. » (Buffon).

Mais aide-toi, peuple, et le Ciel t'aidera.

Récemment, à Paris, devant l'ambassade amie du corps médical anglais, l'éminent doyen de la Faculté de médecine, le docteur Debove, flétrissait énergiquement la guerre en présence de nos confrères d'Outre-Manche. Au nom de la raison, n'affirmerait-il pas « qu'en dehors de la force, il y a une morale régissant les rapports des nations et que, par leur accord, les peuples doivent la faire observer ? »

Notre espoir repose d'ailleurs sur une base solide, la justice, la raison, la pitié, et encore sur cette indéniabie vérité : nous allons nous adoucissant, et sommes moins barbares que nos pères. Aujourd'hui les Anglais n'allumeraient plus le bûcher de la sainte Lorraine. On ne trouverait pas un César pour traîner à son char de triomphe le héros Vercingétorix plus tard étranglé dans sa prison. Les Spartiates ne précipiteraient plus dans les abîmes profonds, près du mont Taygète, les petits êtres nés difformes et trop chétifs pour travailler et défendre la patrie, etc., etc.

Poursuivons à présent notre route vers la Turquie.

« Nous avons rencontré au village de Betsko un Aga des janissaires avec un corps de Turcs plus nom-

breux que celui de nos Allemands. Je n'ai pas été sans inquiétude jusqu'au moment de notre départ redoutant quelque querelle. »

« Nous sommes arrivés tard à Belgrade, l'épaisseur de la neige rendait très difficile l'accès de cette ville située sur une montagne. Elle m'a paru très forte, défendue du côté de l'orient par le Danube, et au midi par la Save. Autrefois frontière de la Hongrie, elle fut prise d'abord par Soliman le Magnifique et reprise ensuite par l'empereur. Deux années après, elle fut enlevée à ce dernier par le Grand Visir. Actuellement elle est fortifiée avec tout l'art des Turcs et défendue par une garnison des plus braves janissaires, commandés par le Pacha Seraskier, titre qui équivaut à celui de général. Expression qui n'est pas très juste, car à dire vrai, ce sont les janissaires qui commandent au Seraskier. Ces troupes jouissent ici d'une autorité absolue et leur conduite ressemble plutôt à la rébellion qu'à la subordination. »

« Vous vous imaginez bien que je n'étais pas trop à mon aise dans une ville qui en réalité est gouvernée par une soldatesque insolente. Nous espérions la quitter après une nuit de séjour, mais le pacha nous retint jusqu'à la réception des ordres d'Andrinople. Ils peuvent être retardés pendant un mois. »

« En attendant nous sommes logés dans une fort belle maison, chez un habitant des plus considérables, et nous avons pour garde une compagnie de janissaires. Mon unique distraction est de converser avec notre hôte Achmet Bey, titre répondant à celui de comte en Allemagne. Il est fils d'un grand Pacha, fort bien élevé et homme de lettres distingué. Il a la qualité d'*Effendi*, ce qui aurait pu le conduire aux grands emplois, mais il a eu le bon sens de préférer une vie libre et tranquille aux dangereux honneurs de la Porte. Il soupe tous les jours avec nous et boit librement du vin. Cet hôte a une riche bibliothèque et c'est au milieu de ses livres de toutes sortes, qu'il passe, m'a-t-il dit, la plus grande partie de sa vie. — Il a de l'esprit et plus de politesse que beaucoup de chrétiens de qualité ; je me plais beaucoup avec lui. »

« Malgré tout l'agrément de cette société, je désire vivement quitter cette ville, bien que le temps soit si rigoureux qu'il n'y a de froid plus vif que dans le Groenland. Dieu sait quand cette lettre vous parviendra, mais vous ne pourrez plus me reprocher que l'une des vôtres vaille dix des miennes. Adieu. » (1)

(A suivre).

(1) Belgrade (*ville blanche* dans la langue du pays), capitale de la Serbie, située sur le Danube près du confluent de la Save, bâtie sur une montagne escarpée au sommet de laquelle est une citadelle très forte, commandant le cours du Danube. La situation de Belgrade, en face de Semlin, ville de civilisation occidentale, a inspiré à Victor Hugo une de ses plus belles *Orientales*. (Maurice Lachâtre.)

Société médicale d'Indre-et-Loire.*Séance du 19 mai 1906.*Présidence du D^r DE GRAILLY.

Présents : MM. BISCONS, SABATHÉ, TESTEVIN, BAILBY, GILLARD, DUBREUIL-CHAMBARDEL, CAILLET, MOURUAU, PETIT, MAGNAN, ANDRÉ.

Après lecture du procès-verbal adopté, le **Président** propose la nomination comme membre de la Société de M^{me} Chrzanowska de St-Martin-le-Beau. — Adopté.

M. **Bourgerette**, interne à l'hôpital dans le service du D^r Lapeyre, présente une pièce anatomique résultant d'une hystérectomie faite à une malade ayant permis de constater une tuberculose de l'utérus.

M. **Testevin** demande quelle a été la marche de la température pendant le séjour à l'hôpital.

M. **Bourgerette** répond qu'elle a toujours été peu élevée, mais que l'état de la malade était très mauvais.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Séance du 2 juin 1906.

Présidence de M. DE GRAILLY.

Présents : MM. SABATHÉ, BISCONS, BAILBY, CHAMBELLAN.

Après lecture du procès-verbal adopté, le président présente l'admission du D^r Leloutre. Adopté à l'unanimité.

Revue des Thèses**De quelques formes de tuberculose Oculaire**
par le D^r Edmond BRILLAUD (*Thèse de Paris 1906*)

Dans sa thèse « De quelques formes de tuberculose oculaire, kératite parenchymateuse tuberculeuse, tuberculose de l'iris et en particulier de leur traitement » le docteur A. Brillaud, de la Faculté de Paris, a cherché à mettre en relief les caractères différentiels de deux affections dont le diagnostic, même pour les spécialistes, est des plus délicat : la kératite parenchymateuse tuberculeuse et la kératite parenchymateuse syphilitique.

Après un aperçu historique des plus rapides, montrant que la connaissance de la kératite tuberculeuse ne remonte guère au-delà de 1893, l'auteur nous apprend que le bacille de Koch peut envahir la cornée de deux façons : par voie exogène, et alors l'entrée de l'élément infectieux se fait par suite d'effraction de l'épithélium cornéen, ou bien et c'est le cas le plus fréquent par voie endogène, c'est-à-dire par l'intermédiaire des vaisseaux.

Cette façon simple de comprendre la pathogénie de l'affection en question permet de réduire à deux ses formes cliniques :

L'une *a* accompagne le lupus tuberculeux de la

conjonctive ; l'autre *b*, ou bien coïncide avec une lésion bacillaire de l'iris, ou encore, l'iris étant indemne, évolue chez des malades manifestement tuberculeux ; suivent de nombreuses observations personnelles appuyant cette manière de voir.

Leur lecture, où l'on passe en revue les différents symptômes de la kératite interstitielle, permet de se rendre compte que le diagnostic de cette affection n'est pas des plus difficiles, mais les choses deviennent épineuses quand il s'agit d'affirmer si les lésions en présence desquelles on se trouve sont d'origine syphilitique ou tuberculeuse. Pour donner une idée de la difficulté rappelons que nombre d'ophtalmologistes, font de la kératite interstitielle l'apanage exclusif de la syphilis.

Et ici, comme dans beaucoup d'autres affections les antécédents héréditaires et personnels seront la base la plus solide sur laquelle on assoira son diagnostic. Pour le compléter le docteur E. Brillaud propose l'emploi de la tuberculine en injections sous cutanée à dose de 0 gr. 001, procédé qui sans être infaillible n'en garde pas moins une grande valeur, chaque fois qu'il est suivi de réaction.

Le diagnostic posé quelle thérapeutique employer ? Ici nous reconnaissons l'élève du D^r Abadie dont les enseignements nous ont été si souvent répétés par notre premier maître, M. le D^r Moissonnier : Lutter contre le processus local, mais surtout ne jamais perdre de vue l'état général.

Localement on agira par des injections sous-conjonctivales d'air stérilisé, d'eau de mer, d'eau salé ou de sublimé.

Le traitement général sera celui du tuberculeux : repos et suralimentation ; ici rappelons, citées du reste par l'auteur, trois prescriptions auxquelles le D^r Abadie attache une extrême importance :

Préparation iodée
Viande crue ou suc musculaire

et enfin l'huile de foie de morue, l'un des rares médicaments ayant résisté à l'épreuve du temps. Mais ce dernier n'est pas toujours bien supporté, aussi pour en recueillir tous les avantages tout en supprimant ses inconvénients, nous ferons connaître, et c'est par là que nous terminerons, l'ingénieur procède qu'emploie le D^r Abadie ; il consiste simplement à le prescrire en frictions sous la formule suivante :

Huile de foie de morue.....	120 gr.
Gaiacol.....	15 —
Essence de citronnelle.....	5 —

L'odeur désagréable qu'on pourrait craindre est masquée par la citronnelle. De nombreuses observations établissent que l'absorption par la peau agit aussi favorablement que l'ingestion par l'estomac.

Jean COUDERT.

NOUVELLES**ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS.****Concours**

Le 31 mai, à la suite d'un brillant concours M. le Docteur Chevè a été nommé chef de clinique obstétricale à l'École de Médecine de Tours.

LE VOYAGE MÉDICAL EN ALLEMAGNE

L'« E. M. I. — 1906 » visitera les principales institutions médico-scientifiques de l'Allemagne (Universités, Hôpitaux, Stations Thermales les plus réputées).

Départ de Paris, le Jeudi soir 9 août.

10 Août : Aix-la-Chapelle, Cologne. — 11 Août : Cologne, Bonn. — 12 Août : Bonn. — 13 Août : Wiesbaden. — 14 Août : Francfort. — 15 Août : Marbourg. — 16 Août : Leipsig. — 17, 18 et 19 Août : Berlin. — 20 Août : Dresde. — 21 Août : Heidelberg. — 22 Août : Baden-Baden.

Retour à Paris, le jeudi soir 23 Août.

Le concours de nos confrères Allemands, ainsi que celui des Bourgmestres et des Municipalités, nous est acquis partout sur notre passage. — Parmi les réceptions qui nous seront faites dans chaque ville, signalons dès aujourd'hui celles de Francfort, Marbourg, Berlin, Heidelberg et Baden-Baden. A Marbourg, les médecins français seront admis à l'Institut d'Hygiène de son Excellence M. le Professeur Von Behring.

Les adhésions doivent parvenir le plus tôt possible et en tous cas avant le 20 juillet.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Etienne Bazot, administrateur-fondateur des « Excursions Médicales Internationales, » au service-Annexe de l'Œuvre,

184, rue de Rivoli, Paris. — 1^{er} (Téléphone : 421.08)

Office central des Renseignements Balnéaires

La direction de la *Gazette des Eaux* rappelle à tous les intéressés qu'elle a créé, depuis plusieurs années déjà, dans ses bureaux, 60, rue Mazarine, à Paris, un service de renseignements, appelé **Office central des renseignements balnéaires**.

Ce service se met entièrement à la disposition des médecins, directeurs de stations hydrominérales ou climatiques, exploitant de sources ou de sanatoriums, etc., désireux d'offrir ou de rechercher situations, postes, renseignements pour analyses de sources, exploitation, demandes en autorisation, captages nouveaux et anciens, etc.

Il sera répondu, dans le plus bref délai, à toute demande de ce genre, adressée aux bureaux de la *Gazette des Eaux*, 60, rue Mazarine, Paris (VI^e).

DOCTEUR, propriétaire d'un Clos réputé en Touraine, offre aux Confrères ses vins rouges et blancs de qualité supérieure, primés, à des conditions raisonnables.

S'adresser au Journal, 20, r. de la Préfecture, Tours.

Le Dr François HOUSSAY (Pont-Levoy, Loir-et-Cher) serait très reconnaissant à tous ceux de ses confrères qui voudraient bien lui faire connaître, ou lui communiquer des documents manuscrits ou imprimés, des légendes, des dessins de tableaux, de statues, de vitraux, etc., ayant trait à exagération ou au défaut de croissance non pathologique des poils de toutes les régions du corps (atrichose ou hypertrichose congénitales).

LES EAUX DE SALINS

Extrait de la « *Gazette des Eaux* » du 15 mars 1906.

Salins-du-Jura. — La station de **Salins-du-Jura** a été reprise, il y a trois ans, par la Société des Eaux Minérales et de Bains de mer à la Société locale qui l'exploitait auparavant dans des conditions défectueuses, nuisant au bon renom des Eaux de **Salins**. La nouvelle Société, soucieuse de mettre la vieille station à la hauteur des exigences modernes, a consacré depuis deux ans des sommes considérables à la réfection de l'établissement thermal et du **Grand Hôtel des Bains**, dont le confort moderne et les claires peintures sont à même de contenter la clientèle féminine qui fréquente la station.

Un Syndicat local d'initiative s'est créé, qui a pour but de veiller, d'accord avec la municipalité et la Société, à l'hygiène de la ville, de faciliter aux baigneurs les excursions à bon marché dans les sites les plus pittoresques du Jura et enfin d'aménager sur la colline couverte de sapins qui domine la ville, un parc de 600 mètres d'altitude où les malades peuvent faire aisément de la cure d'air.

Cette réorganisation matérielle de Salins, réclamée par un grand nombre de médecins, est destinée à redonner à ses eaux si justement réputées dans les maladies des femmes et des enfants, un regain de popularité.

Ajoutons que la Société des Eaux Minérales et de Bains de mer qui possède **Salins, Saint-Gervais et Allevard**, vient de créer une bourse de voyage pour le **V. E. M.**

CLIENTÈLE de SAGE-FEMME A CÉDER

Madame CHARLON, sage-femme depuis de nombreuses années à Issoudun (Indre), désire céder sa clientèle. (Prière de lui écrire directement.)

NUCLEO FER GIRARD, le plus assimilable des ferrugineux, chaque pilule contient 0.10 de NUCLEINATE de fer pur. Dose, 4 à 6 par jour, au début des repas.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

BIOPHORINE Kola Glycérophosphatée granulé de kola, glycérophosphate de chaux, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

FLOREINE — Crème de toilette hygiénique, employée dans toutes les affections légères de l'épiderme, gerçures des lèvres et des mains : innocuité absolue.

Le Gérant, Ch. SUPPLIGEON.

Tours, imp. Tourangelle.