

## 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.

(Suite et fin)

**D. Polypes du colon pelvien.** — Ces tumeurs généralement pédiculées sont presque toujours du type épithelial, adénomés ou épithéliomes.

L'adénome est la règle, il s'est constitué aux dépens des glandes de Lieberkühn généralement remplies de mucus au point de former parfois des cavités kystiques.

Citons le polyadénome dans lequel les tumeurs dont le point de départ paraît rectal occupent tout le gros intestin jusqu'à la valvule de Bauhin.

**Symptômes.** — Tantôt l'évolution se fait sans aucun symptôme, tantôt on observe des phénomènes de sigmoïdite et surtout des hémorragies. Une complication possible est l'invagination.

**Diagnostic et traitement.** — Le colonoscope trouve ici peut-être ses plus précieuses indications. Son emploi est trop négligé en France et les Américains nous ont devancés dans cette voie.

L'ablation au galvanocautère est rendue merveilleusement simple et facile. Doyen en cite des exemples dans son traité de technique chirurgicale.

**E. Cancer du colon pelvien.** — Après le rectum, le colon pelvien est le segment de l'intestin où le cancer se rencontre le plus souvent. Souvent d'ailleurs la même tumeur atteint à la fois l'extrémité supérieure du rectum et la partie inférieure du colon pelvien. (Cancer rectosigmoïde de Quenu.)

Les mêmes raisons expliquent cette prédilection du cancer pour les parties terminales du tube intestinal. Nous savons en effet aujourd'hui que les inflammations répétées ou chroniques d'un organe prédisposent au cancer, or l'ampoule rectale et le colon pelvien représentent le lieu le plus habituel de stagnation des matières.

De là la fréquence du cancer en ces points, puis ensuite au niveau du cœcum et des angles des colons.

**Etiologie.** — Le cancer du colon pelvien, fréquent surtout de 40 à 60 ans, peut survenir plus tard et beaucoup plus tôt. J'en ai observé un cas chez une femme de 27 ans. On l'a vu même chez l'enfant.

**Anatomie pathologique.** — Le cancer est toujours un épithélioma cylindrique. La variété atypique qui a moins de tendance à la généralisation est la plus habituelle. Les formes encéphaloïde, colloïde sont rares, le plus souvent il s'agit de la variété squirrheuse.

D'abord limitée à une partie de la circonférence intestinale, la tumeur tend d'habitude à l'entourer complètement.

La forme annulaire est pour ainsi dire caractéristique du cancer sigmoïde.

D'abord limité à la muqueuse, la néoplasme infiltre bientôt toutes les tuniques et des adhérences pariétales ou viscérales viennent propager aux parties voisines le cancer.

L'intestin grêle est souvent envahi.

La perforation dans la vessie chez l'homme est un accident relativement fréquent.

Souvent encore, ainsi que l'ont établi Quenu (1) et

Duval, des abcès se produisent au voisinage de la tumeur et deviennent les premiers symptômes de l'affection jusque là ignorée. D'habitude cependant, le cancer reste longtemps *mobile, isolé, de petit volume*.

Les ganglions du méso sont envahis relativement assez tard, plus tard encore les chaînes sacrées et iliaques.

L'ablation totale reste longtemps possible du fait même du groupement des ganglions dans le méso (Lardennois).

Du fait même de sa forme annulaire, le cancer du colon pelvien évolue *vers la sténose*, sténose souvent si accentuée que l'extrémité d'un crayon (un cas personnel), d'une plume peut à peine être introduite dans le rétrécissement. Au dessus, l'intestin se dilate, la muqueuse s'ulcère, la musculature s'hypertrophie, la consistance dure des matières ajoutant ses effets à ceux de la sténose. La rupture est fréquente par suite de la distension excessive de la paroi malade. La perforation peut aussi succéder aux ulcérations situées en amont; on a vu des ulcérations et perforations cœcales engendrées par une sténose sigmoïde.

Goullioud (1) a insisté sur la présence fréquente de corps étrangers, de noyaux, de fruits surtout retenus au-dessus du rétrécissement.

Il voit dans ces corps étrangers, dans la gloutonnerie une des causes du cancer. Ce qui est certain, c'est le rôle de ces corps étrangers, dans la production des ulcérations, des perforations, des abcès.

Au résumé, les caractéristiques anatomiques du cancer pelvien comparé aux cancers du gros intestin, du cœcum en particulier, peuvent être synthétisées ainsi d'après Brault, de Bovis, Goullioud, Quénu, etc.

Cancer } Squirrheux au niveau du colon pelvien.  
          } Encéphaloïde — cœcum.

Gros cancers à droite, petits à gauche.

Cancers sténosants à forme occlusive à gauche.

**Symptômes.** — La symptomatologie de ce cancer sera donc toute spéciale et Goullioud en a bien opposé les caractères à ceux du cancer cœcal, l'occlusion étant le symptôme capital et parfois le premier ressenti.

Nous distinguerons avec Quenu d'après le siège sur l'anse elle-même trois types :

Le cancer pelvien proprement dit siégeant sur la région moyenne ou mobile.

Le cancer *iliosigmoïde* siégeant à l'union avec le colon iliaque portion fixe.

Le cancer *rectosigmoïde* à l'union avec une portion fixe encore.

**Cancer pelvien.** — Ce cancer est le cancer type de l'anse sigmoïde. Habituellement il se présente ainsi : chez un ou une malade en bonne santé apparente, ne présentant ni amaigrissement ni aucun phénomène cachectique en l'absence de toute douleur prémonitoire, de toute perte glaireuse par les selles, il existe une constipation de plus en plus opiniâtre. Cette constipation passe parfois inaperçue du malade, d'autres fois elle présente les caractères suivants :

1 à 2 heures après le repas, apparaît une sensation de gêne, de distension intestinale suivie d'une véritable filtration goutte à goutte.

L'haleine est mauvaise, le goût adaltéré, il existe des coliques sèches ou une douleur spontanée en un point fixe.

(1) Quenu et Duval, Le cancer du colon pelvien. — Presse Médicale 1898.

(1) Goullioud, Commissaire au Congrès français de Chirurgie 1901. Revue de Gynéc. et de Chirurgie And, 1902.

Brusquement l'occlusion absolue s'installe, sa marche reste cependant lente en raison du siège de la tumeur. Parfois il y a des crises passagères d'obstructions avant la crise définitive.

Les signes physiques n'existent qu'en dehors de la base d'occlusion, la tumeur petite et pelvienne est du reste peu accessible.

Chez les sujets maigres seulement le palper combiné au toucher rectal donne des résultats. Le toucher vaginal peut donner aussi des renseignements nets chez la femme.

Lorsque la tumeur est facilement appréciable, c'est qu'elle se complique d'adénopathie, de péritonite adhésive d'abcès.

L'exploration avec les bougies peut être tentée en dehors des accidents occlusifs.

*Cancer rectosigmoïde.* — Les symptômes sont ceux du cancer rectal : Douleurs irradiant vers la fosse iliaque, le ventre, la cuisse gauche — Diarrhée glaireuse ou sanguinolente s'accompagnant d'épreintes.

Le toucher rectal, les sondes permettent de reconnaître le siège et parfois le degré de la sténose.

*Cancer iliosigmoïde.* — Cette variété diffère surtout de la première au point de vue des indications thérapeutiques. Son siège dans la fosse iliaque la rend plus facilement accessible au palper.

*Pronostic.* — Le pronostic des cancers du colon pelvien abandonnés à eux-mêmes est plus sévère que celui des cancers de l'intestin grêle ou du cœcum, en raison de leur évolution vers la sténose. Une de leurs complications assez fréquente chez l'homme est particulièrement douloureuse, je veux parler de leur extension à la vessie. Après une première phase déjà très pénible de tenesme, de faux besoins urinaires, la perforation survient, des gaz, des matières sortent par la verge. J'ai deux fois observé cet accident et j'ai été vivement frappé des cris de douleurs qu'arrachait aux patients l'issue des gaz et des matières (des gaz surtout) par la verge.

*Diagnostic.* — Le diagnostic se présente à poser dans deux conditions : En dehors de l'occlusion ou à son occasion.

Au cas d'occlusion on sera bien souvent obligé de faire la laparotomie pour déterminer le siège de l'obstacle et même sa nature.

En dehors de l'occlusion on s'appuiera sur les divers renseignements fournis par le palper combiné au toucher rectal ou vaginal, l'introduction de la sonde-bougie, les lavements, le colonoscope et en dernier ressort la laparotomie. La variété pelvienne est celle qui offre le plus de difficultés au diagnostic.

*Traitement.* — Le traitement chirurgical, ainsi que le déclare si nettement Quénu (1) est dominé par la question de l'occlusion. Y a-t-il occlusion ? Le traitement palliatif est seul possible et la colostomie s'impose. N'y a-t-il pas ou n'y a-t-il plus occlusion grâce à la colostomie, alors le traitement curatif peut être, à la condition que le cancer soit mobile et non propagé. On peut résumer ainsi les indications opératoires.

*Cancer avec occlusion.* — Colostomie iliaque — *Cancer inopérable* : anus iliaque, ou ce qui est mieux théoriquement entéroanastomose.

Si le cancer siège haut on fera une anastomose entérosigmoïde ; s'il siège bas, une anastomose sigmorectale.

*Cancer mobile.* — Exérèse. Le procédé varie selon les trois types décrits par Quénu.

*Le cancer rectosigmoïde* est justiciable de l'opération abdominopérinéale, telle qu'elle a été réglée par Quénu.

*Le cancer sigmoïde*, lorsqu'il atteint la portion moyenne pourvue d'un long méso, est justiciable de l'exérèse par laparotomie avec entérorraphie circulaire ou anastomose terminolatérale.

Lorsqu'il atteint la partie inférieure, on a le choix entre l'opération de Madelung ou l'ablation secondaire par le périmé du bord inférieur.

*Le cancer iliosigmoïde* se prête mal à l'exérèse en raison de l'absence de méso iliaque. La méthode en deux temps, (1) préconisée récemment par Hartmann, paraît devoir donner ici les meilleurs résultats.

L'opération en un temps devrait être ainsi pratiquée : Ablation de l'anse malade, fermeture du bout inférieur et rétablissement de la continuité intestinale par une anastomose entérosigmoïde ou sigmoïde transverse — fixation du bout supérieur laissé ouvert à la peau, de façon à créer une anse lombaire donnant issue aux sécrétions du colon. Nous réservons l'étude plus détaillée de ces diverses interventions au chapitre consacré à la chirurgie du colon pelvien.

#### CHAPITRE IV

#### Relations entre les affections du colon pelvien et celles des organes génitaux de la femme.

Par sa situation anatomique dans le pelvis, le colon pelvien entre immédiatement en rapport chez la femme avec les organes génitaux. D'étroites relations unissent par suite les lésions pathologiques des deux appareils.

Un premier point est incontestable : le retentissement des lésions utéro-annexielles sur l'anse sigmoïde.

Nous avons déjà étudié le rôle des tumeurs des organes dans la compression et le volvulus. Nous rappellerons maintenant que nombre de collections tubaires ou ovariennes s'ouvrent dans l'intestin et surtout au niveau du colon pelvien.

De là, au point de vue opératoire, les difficultés fréquentes des opérations gynécologiques en ce qui concerne l'intégrité du colon pelvien.

Celui-ci adhérent à l'utérus, à une poche de pyosalpinx, à un kyste de l'ovaire peut être déchiré au moment même de l'intervention, ou céder secondairement sous l'influence de l'amincissement de sa paroi qui ne soutient plus la paroi de l'organe malade.

Dans la grossesse extra-utérine parvenue à un certain degré de développement, le colon lui-même forme souvent paroi, ses franges épiploïques constituent l'une des sources vasculaires du placenta.

On comprend dans de tels cas combien, à l'exemple de Segond, de Faure, etc. il est imprudent de chercher à faire l'ablation complète du kyste fœtal qui n'a pas de paroi propre. La marsupialisation est seule possible.

Mais à côté des relations pathologiques établies par ces grosses lésions, il en est d'autres établies par les inflam-

(1) Il me paraît curieux de relever un succès obtenu par cette méthode en 1844 par Reybard.

Reybard. Annales de Chir.-franc. et étrangère, Paris, 1844. Rapport de Jobert de Lamballe. Mémoire sur un cancer de l'iliaque. — Ablation de la tumeur et de l'intestin. Suture des deux bouts. — Guérison.

mations subaiguës ou chroniques de l'appareil utéro-annexiel.

Ce sont : des adhérences — de la sigmoïdite chronique.

*Adhérences.* — Gersuny (1) a insisté sur les troubles sérieux occasionnés par les diverses modalités de ces adhérences pelviennes.

Il n'est pas besoin d'altérations génitales caractérisées pour que ces adhérences existent. Gersuny les attribue alors à des hémorragies peu importantes mais fréquentes, se faisant au moment de la menstruation à la surface de l'ovaire ou par l'orifice des trompes. La fibrine non ressortie servirait de guide conducteur à la formation d'exsudats ou de brides conjonctives.

Si l'on remarque que ces adhérences se font surtout avec l'appendice et le colon pelvien on peut se demander, ainsi que nous le ferons tout à l'heure, s'il ne faut pas chercher plutôt du côté de l'intestin la cause première du travail inflammatoire. Ces adhérences *primitives* ont des symptômes ainsi décrits par Gersuny :

Douleurs bilatérales dans la partie inférieure du ventre. Constipation chronique. Exagération des douleurs immédiatement avant la défécation, par les mouvements, la menstruation. Douleurs du ventre à la pression au point de Mac Burney et dans un point symétrique (colon pelvien).

— Douleurs pendant le coït, le toucher vaginal.

Le diagnostic peut être porté avant toute opération.

Celle-ci est facilement acceptée, et même réclamée. Les douleurs ne cèdent qu'à la libération de toutes ces adhérences, et l'opération incomplète donne un début thérapeutique complet.

Par contre la seule libération de ces adhérences sans ablation d'aucun organe donne des succès complets.

J'ai eu moi-même une fois l'occasion de vérifier la vérité de cette assertion sur une femme à laquelle, à ma grande surprise, je ne trouvais d'autre lésion que quelques adhérences très nettes.

*Sigmoïdite chronique.* — En décrivant cette affection j'ai déjà eu l'occasion de dire que très souvent elle paraissait succéder à une métrite et annexite, mais le contraire doit être vrai aussi et en regard des affections propagées des organes génitaux à l'anse sigmoïde, il faut admettre sans doute des inflammations propagées du colon pelvien à l'appareil utéro annexiel.

Nombre de ces adhérences décrites par Gersuny, de ces ovarites sclérokytiques sans cause définie doivent avoir pour cause un processus intestinal.

Et l'on peut se demander, s'il n'existe pas des ovarites gauches secondaires à la sigmoïdite, comme il existe des ovarites droites secondaires à l'appendicite.

#### CHAPITRE V.

#### Opérations se pratiquant sur le colon pelvien

Ce chapitre n'est pas l'un des moins importants de l'étude que nous avons entreprise.

Dans ces dernières années la chirurgie de cette portion du gros intestin a donné lieu en France et en Allemagne à de nombreux et intéressants travaux.

Le sujet a donc le mérite d'être encore neuf, de plus il est très vaste, car, par suite de la mobilité même que

prête à l'anse son méso, le colon pelvien se prête aux opérations les plus variées.

Et il présente cette curieuse particularité, que non seulement ses affections propres ou celles du rectum qui lui font suite donnent lieu à des interventions sur lui ; mais encore que la chirurgie moderne l'utilise pour la cure d'affections variées atteignant des parties très éloignées de l'intestin ou même un organe tout différent, tel que la vessie par exemple dans la cure de l'extrophie.

Tout naturellement donc, ce chapitre se divisera en deux parties :

La première consacrée à l'étude des opérations exécutées pour des affections du colon pelvien ou du rectum.

La deuxième consacrée à l'utilisation chirurgicale du colon pelvien dans la chirurgie d'autres organes.

Bien entendu, nous ne prétendons point ici traiter les questions de technique proprement dite : nous nous bornons à signaler les points particuliers à la chirurgie spéciale de l'anse sigmoïde.

#### OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE COLON PELVIEN POUR SES AFFECTIONS OU CELLES DU RECTUM

*A. Sigmoïdostomie.* — La colostomie dite iliaque, pratiquée dans la fosse iliaque gauche, porte non sur le colon iliaque mais sur le colon pelvien. C'est la longueur du méso-colon pelvien qui permet d'attirer l'anse dans la fosse iliaque. Très rarement l'opération est rendue difficile du fait de la brièveté du méso ou surtout d'adhérences contractées. La présence du méso a donné lieu à la technique si ingénieuse de Maydl-Reclus pour provoquer par transfusion du méso une coudure s'opposant à la perméabilité du bout inférieur.

La colostomie iliaque n'est plus guère pratiquée que par ce procédé et en deux temps dans la cure des affections suivantes :

Cancer sigmoïde ou rectal inopérable, ou compliqué d'occlusion en premier lieu.

Parfois encore rétrécissement simple — Invagination ou sigmoïdite ulcéreuse.

Elle est aussi indiquée dans l'imperforation de l'anus chez le nouveau-né, alors que l'obstacle ne se réduit pas à une simple membrane. Nous avons mentionné au chapitre de l'anatomie les discussions soulevées à ce propos par les auteurs sur le siège de l'anse dilatée.

D'une façon générale, le procédé type de Maydl-Reclus (la baguette de verre) est le plus employé, quelque ingénieuse que soit la variante Andry Jeannel, son emploi ne paraît guère s'être étendu.

La technique de Hartmann, destinée à ménager les muscles de la paroi, me paraît importante à suivre pour obtenir une contenance relative et souvent assez satisfaisante des matières.

J'ai dit ailleurs (1) à la suite de Quénu, A Reverdin, la supériorité de l'anus iliaque sur l'anus périnéal. Je reste convaincu que le fameux dégoût psychique, engendré par l'ouverture sur le ventre de la bouche stercorale, est bien plus dans l'esprit du chirurgien raisonnant comme un homme bien portant que dans celui du malade. Je crois donc que dans l'extirpation périnéale du rectum cancéreux, il y a avantage à faire l'anus iliaque définitif.

La *sigmoïdostomie temporaire* sera réservée aux sténoses non cancéreuses, invaginations sigmoïdes rebelles, le

(1) Lapeyre. De l'anus iliaque définitif combiné à l'extirpation périnéale dans le traitement des cancers ampullaires du rectum. Congrès français de Chirurgie, 1903.

(1) Gersuny, In Wiener Klin, Wochens, 1899,

manuel opératoire aura pour but d'éviter la formation d'un épéron et de rendre facile la fermeture secondaire.

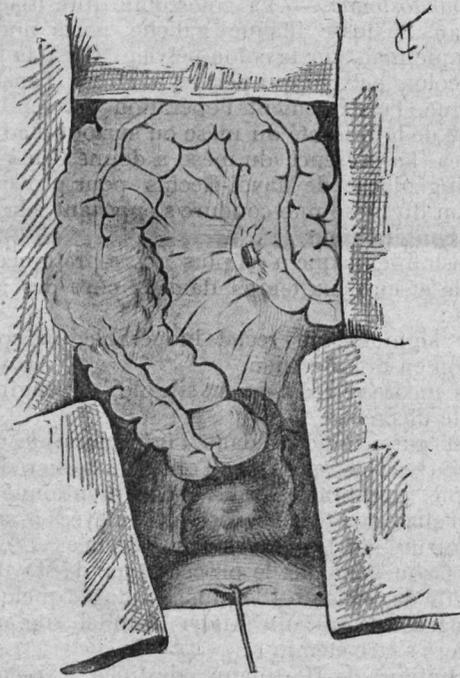
Je rappellerai que dans l'opération de Madelung la sigmoïdectomie est complétée d'une sigmoïdostomie.

*Fermeture de l'anūs iliaque.* — Je me dispense de décrire ici cette intervention dont la technique est la même que dans les autres parties de l'intestin.

*B. Anastomose sigmoïde et sigmorectale.* — Pour éviter l'anūs contre nature, au cas de rétrécissement simple, ou de cancer inopérable on peut pratiquer, selon le siège de la tumeur, à la partie moyenne ou inférieure l'anastomose sigmoïde ou sigmorectale.

Une lésion élevée ou plus étendue exigerait l'anastomose iléorectale moins avantageuse et dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Comme l'écrivit Lardennois, l'anastomose sigmorectale est souvent praticable, car la partie moyenne du colon pelvien peut presque toujours être attirée au contact du rectum. Mais au fond du pelvis les sutures et même l'application du bouton de Murphy sont presque impraticables.

D'où le procédé imaginé par Lardennois (1) d'un



Anastomose sigmorectale  
Figure empruntée à Lardennois.)

bouton emporte-pièce dont la branche même est poussée dans le rectum par une pince porte-bouton.

Ce même bouton peut être utilisé après exérèse pour éviter la colostomie à la Madelung.

En dépit de l'ingéniosité du procédé, la colostomie reste l'opération la plus ordinaire ce qui tient surtout à ce qu'il est rare qu'on opère en dehors de signes occlusifs.

En effet en cas d'occlusion, l'anūs iliaque assure plus sûrement au malade la survie. L'opération, qui ne s'adresse qu'aux cancers rectosigmoïdes, cèdera d'autre

part, d'habitude, le pas à l'ablation radicale ou abdomino-périnéale.

*C. Sigmopexie.* — Imaginée par Jeannel en 1892 pour la cure des grands prolapsus rectaux, l'opération a été pratiquée depuis pour compléter la cure chirurgicale du volvulus, plus récemment encore par Morestin pour empêcher la reproduction des hernies.

La fixation peut être faite à la paroi, à la fosse iliaque, à l'arcade crurale. Trois procédés peuvent être employés :

1° La suspension pour les *appendices épiploïques*.

Le procédé est d'une réussite douteuse.

2° La sigmopexie proprement dite qui fixe le colon lui-même par une série de points séromusculaires affrontant de larges surfaces.

3° La sigmopexie mésentérique dans laquelle on suture ou raccourcit le mésentère.

Jeannel appelle sigmopexotomie la fixation combinée à la colostomie.

L'opération ne présente pas de difficultés spéciales ; d'habitude on fera l'incision iliaque gauche comme pour la colostomie. A propos de la sigmopexie, nous signalerons, mais sans les décrire comme ne présentant aucune particularité remarquable, les opérations pratiquées pour *détordre le volvulus* du colon pelvien ou *rompre des adhérences* (Gersuny).

*D. Colectomie sigmoïde.* — L'exérèse du colon pelvien se présente dans des conditions tout opposées de facilité ou de difficulté, selon que la tumeur à enlever occupe une portion pourvue ou non d'un long méso, une portion haute ou une portion basse.

C'est en se fondant sur ces dispositions que Quenu et Duval ont distingué au point de vue opératoire :

Les cancers iliosigmoïdes pelviens, rectosigmoïdes.

Les *cancers pelviens*, c'est-à-dire ceux qui siègent sur la partie moyenne de l'anse sont d'habitude faciles à enlever en raison de la longueur du méso, qui permet d'attirer l'anse dans la plaie abdominale. Encore faut-il que la tumeur ne soit pas adhérente, au cas contraire la notion de siège perd de son importance.

Au niveau de la portion ilio-pelvienne, la brièveté du méso rend l'exérèse plus difficile ; cependant la tumeur haut située peut encore être mobilisée.

C'est au niveau de la portion terminale du colon pelvien, que l'exérèse est le plus difficile par la voie abdominale.

L'absence totale de méso jointe à la nécessité d'opérer au fond du pelvis rend la réparation sinon l'exérèse elle-même difficile. En tout cas, il faut se résigner à opérer dans le ventre et non en dehors de lui, aussi l'accord n'est-il pas fait sur le meilleur procédé d'extirpation des cancers de cette portion inférieure.

La colectomie sigmoïde a comme principale indication le cancer, accessoirement les sténoses non néoplasiques dont la nature n'est du reste souvent déterminée que postérieurement et même sous le microscope.

Des deux voies possibles d'accès, l'une, la *voie périnéale*, ne permet d'atteindre que la partie tout à fait inférieure du colon. Partant de ce principe qu'il faut toujours dépasser largement les limites du néoplasme, la chirurgie moderne ne peut voir dans cette voie un moyen suffisant, si ce n'est pour les cancers du rectum envahissants à la limite le colon pelvien.

La *voie abdominale* permet, au contraire, l'exérèse des

(1) Lardennois. Thèse de Paris et Revue de gynéc. et de chirurgie abdominale 1899. Congrès français de Chirurgie 1905.

parties les plus inférieures du colon pelvien et nous voyons Girard (1) (de Genève) déclarer que l'ablation de l'extrémité supérieure du rectum ne présente pas, avec l'aide du plan incliné, beaucoup plus de difficultés que l'hystérectomie. Enfin la combinaison des deux voies précédentes a donné naissance à une troisième méthode, la méthode abdominopérinéale.

Celle-ci inaugurée par Quénu, Chalot, paraît supérieure dans la cure des cancers dits rectosigmoïdes.

Dès lors, nous avons à notre disposition les opérations suivantes :

#### OPÉRATIONS ABDOMINALES

1° Colectomie sigmoïde déterminée par une entéroraphie circulaire ou une anastomose termino-latérale. C'est l'opération type, celle qui convient en particulier aux cancers pelviens.

2° Opération de Madelung. La colectomie est terminée par la fermeture du bout inférieur et la fixation du bout supérieur à la peau.

Il ne s'agit là que d'un pis aller dû à l'impossibilité de rétablir la continuité de l'intestin. Le fait se présentera surtout pour les cancers situés sur la portion terminale au fond du pelvis.

Quenu n'hésite pas à qualifier de dangereuse et pleine d'insécurité l'opération ainsi faite. La fermeture du bout inférieur garantit insuffisamment contre le développement d'accidents septiques secondaires. Mieux vaut, pense-t-il enlever tout le bout inférieur par le périnée.

3° Opération en deux temps. Le D<sup>r</sup> Hartmann (2) a tout récemment à la Société de chirurgie insisté sur les moindres dangers de l'opération en deux temps dans le traitement des tumeurs du gros intestin. On évite ainsi, dit-il :

1° L'infection de la cavité abdominale, puisque l'intestin n'est ouvert qu'une fois le ventre fermé.

2° L'échec de la suture par insuffisance d'irrigation vasculaire après la suture du méso, puisque les deux bouts sont amenés au dehors.

A l'exemple de Volkman, Reclus et plus récemment d'Hocchenegg, Mikulicz, Hartmann et Cunéo adoptent la technique suivante qui leur est propre :

Ils écrasent les deux bouts de l'intestin, l'inférieur au ras de la plaie, le supérieur à une certaine distance pour y fixer une canule. 10 à 15 jours après ils enlèvent en masse tout l'anus artificiel fermant les deux bouts et font une entéro-anastomose latérale.

La mobilisation d'une tumeur même adhérente est rendue facile par ce fait qu'on n'a pas à se préoccuper de la nutrition des lèvres d'une suture qu'on ne fait pas.

Quenu est d'accord avec Hartmann pour admettre l'indication du procédé en 2 temps dans les tumeurs peu mobiles ou étendues.

*Opération abdominopérinéale.* — Très bien réglée par Quénu (3) l'opération se compose des deux temps suivants :

Dans le premier, abdominal, l'opérateur sectionne le colon, fixe le bout supérieur laissé ouvert à la peau et

amorce aussi loin que possible la mobilisation du bout inférieur fermé en cul-de-sac et invaginé dans le rectum.

Dans le second, périnéal, le bout inférieur est enlevé en entier selon la technique utilisée dans l'ablation du rectum par le périnée.

#### 2° UTILISATION CHIRURGICALE DU COLON PELVIEN

A. Dans les anastomoses intestinales. — De toutes les portions du gros intestin, le colon pelvien est le seul qui, par la longueur de son méso, se prête à des anastomoses avec les segments les plus divers du tube intestinal : colon transverse, colon ascendant, cœcum, toutes les portions terminales de l'iléon.

L'anastomose faite peut être latérale — ou terminolatérale, réalisant ainsi l'exclusion unilatérale ou bilatérale d'une portion plus ou moins considérable du gros intestin et parfois même d'intestin grêle au cas d'anastomose iléosigmoïdienne.

D'après le siège de l'anastomose nous distinguerons donc :

- Les colosigmoïdostomies.
- Les cœcosigmoïdostomies.
- Les iléosigmoïdostomies.

D'après le mode même de l'anastomose nous distinguerons :

L'anastomose latérale à la Maisonneuve.  
L'anastomose terminolatérale ou par implantation. Cette anastomose par implantation peut être elle-même exécutée selon deux types distincts : Par implantation simple, c'est l'opération de Senn ou de Jesett qui aboutit à une exclusion unilatérale de l'intestin. Par implantation double, c'est l'opération de Haken utilisée par Monprofit pour supprimer l'ouverture de l'anse à la peau et réaliser l'exclusion avec drainage à l'intestin « le tout à l'intestin » selon l'expression même du distingué professeur d'Angers.

Cette implantation double de Monprofit nous intéresse particulièrement, car nous verrons que par la force même des choses c'est toujours sur l'anse sigmoïde que Monprofit a fait son implantation inférieure. Les indications de ces diverses opérations sont :

1° Les tumeurs cancéreuses ou tuberculeuses des diverses portions du gros intestin en avant du colon pelvien et de la fin de l'intestin grêle.

2° La cure des anus contre nature siégeant dans les mêmes régions.

L'anastomose latérale seule ne suffit du reste jamais à obtenir la fermeture de l'anus contre nature.

Les tumeurs du cœcum ont très souvent donné lieu à des anastomoses palliatives. Brin, dont Quénu adopte l'idée théorique, conseille en cas de résection cœcale de reporter la bouche anastomotique sur le colon pelvien pour s'éloigner le plus possible de la zone du cancer.

Pour donner une idée juste de l'extraordinaire fréquence d'utilisation du colon pelvien en pareil cas, je prendrai au hasard un exemple et je l'emprunterai au livre de Monprofit (1) sur la chirurgie du gros intestin de 1904.

J'y trouve la proportion suivante :

Sur 11 anastomoses faites sur le gros intestin, Monprofit a utilisé 7 fois l'anse sigmoïde, c'est à-dire à peu près dans les deux tiers des cas.

Il a fait :

(1) Monprofit : Chirurgie du gros intestin, 1904, in-8.

(1) Girard (de Genève). Congrès français de Chirurgie, 1904.

(2) Harman, in Bull. soc. Chirurgie 7 novembre 1904, cite 17 cas personnels et donne à l'appui du procédé en deux temps la statistique de Mikulicz, qui, sur 21 résections en un temps, a 9 morts et sur 16 en deux temps 2 morts seulement.

(3) Voir aussi Chalot : Bull. mens. de la Soc. de Chirurgie 1896, XXII 310-318 : D'une nouvelle méthode opératoire, méthode abdominopérinéale avec colostomie.

1 fois l'iléosigmoïdostomie simple pour un cancer de l'angle colique droit.

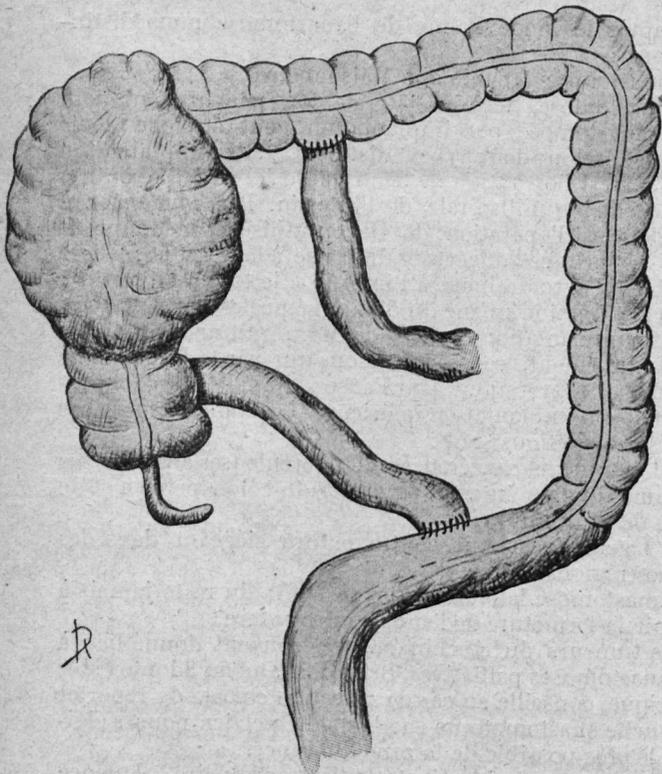
1 fois l'exclusion unilatérale d'un segment de l'iléon ;

2 fois il a fait la sigmoïdocolostomie (dans un cas avec le colon ascendant, 1 cas avec le colon transverse) contre une seule fois la colocolostomie (colon ascendant et colon transverse).

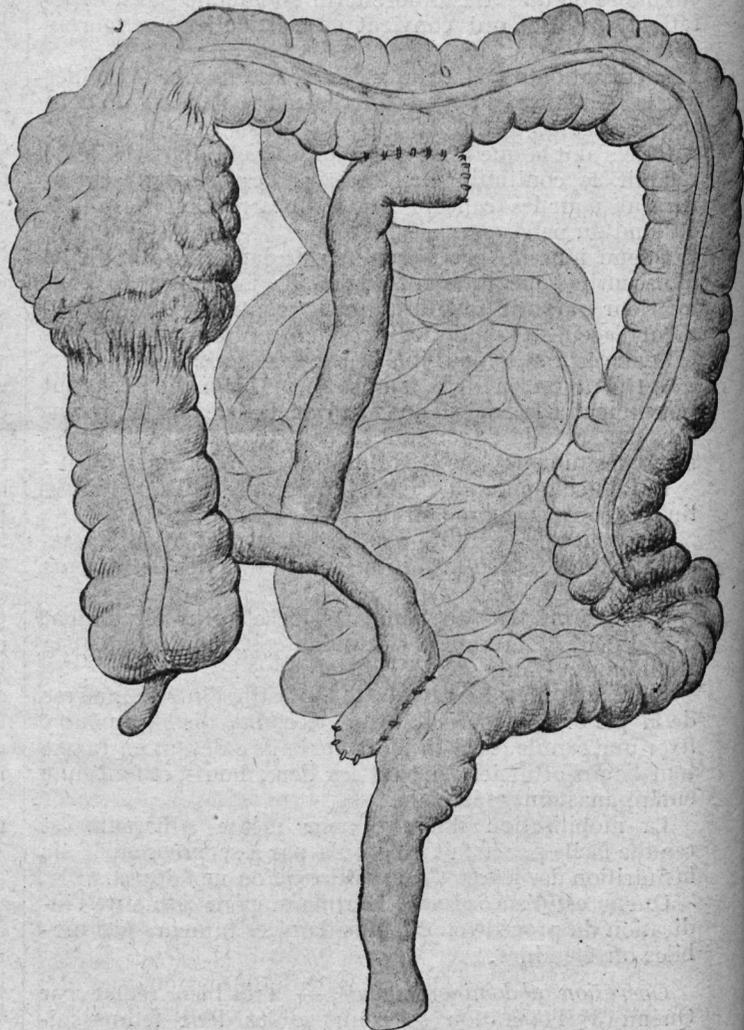
3 fois enfin par son procédé d'implantation double, il a sur trois cas implanté le bout inférieur du segment caché sur l'anse sigmoïde.

Point n'est besoin, me semble-t-il, d'invoquer d'autres statistiques pour démontrer, ce qui paraît évident, les facilités qu'offre le colon pelvien dans toutes les variétés d'anastomose, facilités que j'ai moi-même eues déjà plusieurs fois l'occasion d'éprouver.

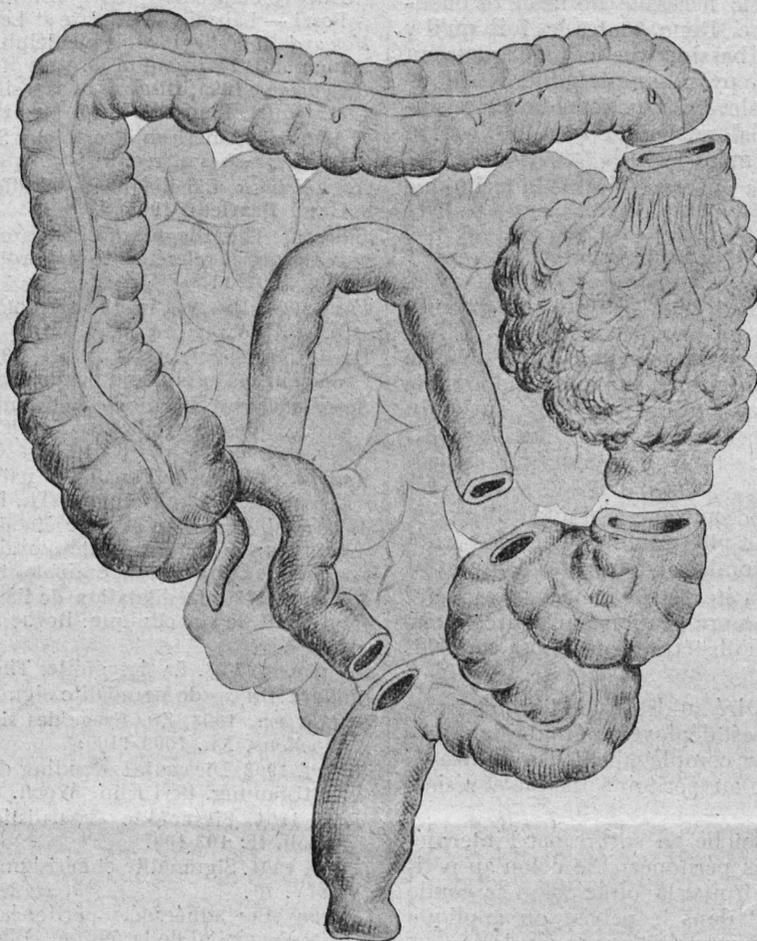
Ci-joint une série de planches empruntées à Monprofit et montrant bien l'utilisation constante du colon pelvien.



Cancer du Cœcum. Implantation du bord inférieur iléal sur le colon pelvien (Monprofit.)



Cancer du Cœcum. Implantation sur le colon pelvien (Monprofit.)



Cancer du colon descendant.  
Double implantation iléale sur le colon pelvien (Monprofit.)

*B. Dans la cure de l'extrophie vésicale. — Procédé de Maydl,*

Maydl dans ces dernières années a eu l'idée heureuse d'utiliser le colon pelvien dans la cure difficile de l'extrophie vésicale.

Les procédés anciens de restauration se heurtent en effet à ce gros écueil, l'impossibilité de reconstituer un sphincter vésical. Leurs plus brillants succès obtenus avec tant de difficultés ne peuvent assurer la continence des urines.

De là l'idée de Maydl d'utiliser le sphincter aval pour obtenir cette continence « par transplantation dans le colon pelvien de la zone du trégone vésical qui comprend les deux orifices urétéraux.

Forgue (1) dans un article récent n'hésite pas à se prononcer en faveur du procédé de Maydl auquel il ne voit qu'un rival, le procédé de Soubbotine.

Ce procédé est théoriquement supérieur en ce qu'il dédouble l'ampoule pour séparer le canal urinaire et le canal fécal et éviter les deux inconvénients reprochés au procédé de Maydl :

- 1° L'intolérance du rectum devenu cloaque.
- 2° La fréquence des pyélonéphrites ascendantes.

Mais le procédé de Soubbotine oblige à la reconstitution toujours difficile de la paroi antérieure pour maintenir l'extrophie.

Sa réalisation est donc plus difficile ; or Forgue déclare que l'expérience ne confirme point les inconvénients théoriques du procédé de Maydl.

Sur vingt-quatre observations la continence est presque toujours satisfaisante et une fois seulement le malade a succombé à une pyélonéphrite au 4<sup>e</sup> mois. Ainsi le procédé de Maydl reste peut-être l'opération de choix.

*C. Dans la reconstitution du péritoine pelvien.*

Anse flottante occupant le pelvis, pouvant être repliée de façon à recouvrir l'entrée de l'excavation, le colon pelvien par sa mobilité, les flexuosités qui multiplient sa surface, se prête admirablement à la reconstitution du péritoine du petit bassin après les interventions radicales. Hystérectomie abdominale pour fibrome, pyosalpingite adhérente qui sacrifient trop du ligament large pour que la péritonéisation complète des surfaces soit possible par le simple accollement des feuillets antérieurs et postérieurs.

Or, l'autoplastie péritonéale, qui diminue énormément les chances d'infection en supprimant le suintement sanguin auquel parent insuffisamment tous les procédés de drainage, doit être avant tout recherché.

(1) Forgue, L'opération de Maydl, Revue de Gynéc. et de Chirurgie abdominale, 1902.

Terrier, Bardenhener, Delagenière, Quénu, Faure, Jayle (1) insistent tous sur la nécessité de cette reconstitution intégrale du péritoine. Donc, toutes les fois qu'il y a eu évidemment du petit bassin, que ce soit pour un fibrome adhérent, pour une pyosalpingite adhérente double, un cancer largement enlevé, il faut remédier à l'insuffisance du feuillet péritonéal postérieur par l'utilisation du colon pelvien et de son méso.

Judet (2) donne comme la plus satisfaisante la technique suivante :

1<sup>er</sup> surjet rapprochant le péritoine antérieur des restes du feuillet postérieur.

2<sup>e</sup> surjet ramenant le péritoine viscéral au contact du colon pelvien.

Ce 2<sup>e</sup> surjet crée une barrière pour ainsi dire absolue entre le pelvis, champ opératoire, et la cavité abdominale qu'il s'agit de protéger. La combinaison à ce surjet du drainage vaginal paraît réaliser les conditions les plus favorables à la limitation de l'infection, alors qu'on peut avoir lieu de la redouter.

Le colon pelvien sera donc sans aucun doute utilisé systématiquement et de plus en plus comme agent de péritonéisation après les hystérectomies abdominales complexes.

La technique à employer a été décrite de façon très claire par Jonnesco (3) dans sa communication au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Rome en 1902, à peu près en ces termes :

« Le colon pelvien est attiré au-dessus de l'orifice supérieur du pelvis, son méso est déployé en éventail au-dessus de cet orifice qu'il ferme complètement. On suture le bord libre du colon pelvien au péritoine iliaque et vésical de la façon suivante :

« Commencant par la gauche on suture par l'intermédiaire des franges et des plis péritonéaux le colon au péritoine iliaque puis vésical à droite, là où le colon se coude brusquement en plongeant dans le pelvis, on applique deux ou trois points passés en plein tissu musculaire.

« Au delà de cette coudure c'est le mésocolon qu'on fixe au péritoine de la fosse iliaque droite et au péritoine pré-vertébral pour obtenir une occlusion parfaite du petit bassin. »

#### BIBLIOGRAPHIE

J'ai cité chemin faisant quelques-uns des travaux utilisés au cours de cette étude.

Je ne puis d'autre part et ne désire même rappeler la somme énorme de publications auxquelles a donné lieu le colon pelvien. Ce qui serait possible pour un travail de détail ne l'est pas pour cette revue d'ensemble.

Je me bornerai ici à rappeler les travaux récents sur l'anatomie, ses moyens d'exploration et les caractères pathologiques spéciaux du colon pelvien qui ont été mes meilleurs guides.

**ANATOMIE.** Trèves. — British medical Journal 1885. Cl. von Samson — Inaugural Dissert. Dorpat. 1890.

**Jonnesco.** — Hernies rétropéritonéales 1890. Le colon pelvien chez le nouveau-né et l'adulte. Traité d'anatomie de Poirier. Th. Paris, 1892.

(1) Berruyer. Du Drainage du péritoine après laparotomie pour lésions utéroannexielles et de la péritonéoplastie pelvienne. Thèse, Paris 1901.

(2) Judet. De la Péritonéisation dans les laparotomies. Thèse Paris, 1902.

(3) Jonnesco. Rapport sur le traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Congrès intern. Gynéc. et Obst. Rome 1902.

**PATHOLOGIE EN GÉNÉRAL.** — *Traité*s de pathologie externe de Duplay et Reclus — Le Dentu et Delbet, de gynécologie de Pozzi — Labadie — Legrave et Lequeu.

**Howard et Kelly** 1895. Philadelphie. A new method of examination and treatment of diseases of the rectum.

**Baughmann** 1895. Diseases of the sigmoid pleasures — Mathews M. Quart. Louisville 1895. 11. 512. 519.

**J. Mathews.** American Proctology Society, Congrès 1899, et in traité Diseases of rectum.

**A. Teirlinck.** L'S iliaque et ses affections. Belgique médicale, Gand Haarlem, 1905. I.

**Edwards.** The Diagn. of diseases of the sigmoid and rectum with special reference to the protoscope. Brit. M. Journ. London, 1902, 11.

**Fast,** 1904. Diseases in the sigmoid flexure. Firt-Wayn M. J. Mag. XXIV. 86.

**PATHOLOGIE SPÉCIALE.** — *Trèves*, 1898. A case of removal of a portion of the sigmoid flexure Lancet. London p. 521.

**Savariaud,** 1901. Hernies par glissement de l'S iliaque. Nouveau procédé de cure radicale. XVI<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie, p. 535.

**Andrieu.** Etude sur l'anatomie pathologique et le traitement des hernies par glissement. Th. Paris, 1903.

**J. Boeckel.** Occlusion et gangrène de l'extrémité sup. du rectum dans les tumeurs utéro-ovariques. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1898.

**Trastour,** 1880. La dilatation de l'S iliaque et ses conséquences au point de vue clinique. Revue Intern. His. et Chir. Paris, 277-294.

**Regnier,** 1897-98. La sigmoïdite. Thèse de Lyon.

**Galliard.** Un cas de sigmoïdite aiguë. Gaz. Hôpitaux Paris, 1899.

**G. Edlefsen,** 1903. Zur Frage des sigmoïdites acuta Berl. Klin. Wochens. XL. 1099-1100.

**Biltorf,** 1903 Die acute Lutzuding den Flexura sigmoïde durch Kottistauung. Berl Klin. Woch. XL. 143-148.

**Magli,** 1904. Sigmoïdite Caseruistica e considerazioni-Med It. Napoli, II. 103-109.

**Lejars,** 1904. Sigmoïdite et Périssigmoïdite. Semaine Méd. Paris. XXIV. 26.

**Gersuny.** Les adhérences péritonéales et leur influence sur le système génital de la femme. Wien. Klin. Woch. 1899.

**Quénu et Duval.** Le cancer du colon pelvien. Presse Médicale 1898.

**De Bovis.** Revue de chirurgie, 1901.

**Goullioud.** Cancer du cœcum et cancer de l'iliaque. Cong. trans. de Chir. 1901 et Revue de Cliniq. et de Chir. Abd. 1902.

**Jeannel.** Chirurgie de l'Intestin. *Gussenbauer* Zur opérations Behandlung der Carcinom de l'Iromanum.

*Zeitsch. fur Kulk. Praj.* 1880. 1. 207-209.

**Draver** 1894 Am Lut. Detrvit. XVIII 127-129.

**Chalot** 1896. — Bull. et Mém. Soc. Chirurgie XXII 310-318.

**Quénu** — Bulletin et Mémoire Soc. Chirurg'e. 16 nov. 1904 et nombreuses publications.

**Hartmann.** — Bull. et Mém. Soc. Chirurgie. Novembre 1904.

**Lardennois.** — De l'anastomose entérorectale et de son exécution par le procédé de l'emporte-pièce. Revue Gynéc. et Chir. abd. 1902.

**Jayle et Beausse.** — De la résection segmentaire stimulante du petit et du gros intestin. Revue Gynéc. et Chir. abd. 1902.

**Monprofit.** — Chirurgie du gros intestin, in-8, 1904.

**Forgue.** La technique de l'opération de Maydl dans la cure de l'extrophie vésicale. Revue de Gynéc. et de Chir. abd. 1902.

**Judet.** — De la péritonisation dans les laparotomies. Th. Paris 1902.

**Berruyer.** — Du drainage du péritoine et de la péritonéoplastie. Th. Paris 1902.

**Jonnesco.** — Rapport sur le traitement chirurg. du cancer de l'utérus. Congrès intern. de Gynéc. de Rome 1901.

## LETTRE DE LADY WORTLEY MONTAGUE

D<sup>r</sup> Ch. T. GUYOT, Tromasey (Haute-Saône)

(Suite)

VI

A son Altesse la Princesse de Galles,  
Andrinople, 1<sup>er</sup> avril 1717. V. S.

Madame,

« Je viens enfin de terminer un voyage qu'aucun chrétien n'avait entrepris depuis le temps des empereurs grecs, et je ne regretterais aucune de toutes mes fatigues, si elles me procurent l'avantage d'intéresser votre Altesse par la description de lieux qui sont entièrement inconnus parmi nous. Les ambassadeurs de l'empire et les quelques Anglais qui sont ici y sont tous venus par la voie du Danube jusqu'à Nicopolis, mais le fleuve étant gelé au moment de notre départ, M. Wortley, toujours zélé pour le service de sa Majesté, ne voulait pas attendre que le dégel rendit la navigation possible.

Les déserts de Serbie que nous avons traversés sont presque entièrement recouverts de forêts, bien que le sol soit naturellement fertile et les habitants industriels. Mais les paysans sont tellement opprimés qu'ils sont forcés d'abandonner leurs habitations et de négliger leurs cultures, tout ce qu'ils font venir devenant la proie des janissaires. Cinq cents hommes de ce corps formaient notre escorte, mais témoin des vexations continuelles exercées dans les pauvres villages où nous passions, j'avais presque toujours les larmes aux yeux. »

Après sept journées de voyage à travers d'épaisses forêts, arrivée à Nissa, autrefois capitale de la Serbie, située au milieu d'une belle plaine et sur la rivière de Nissava. Air excellent et sol extrêmement productif, d'où abondance incroyable, mais dont le peuple ne se ressent guère. Dans cette ville, nouveau sujet de compassion. « Les malheureux qui ont fourni vingt chariots pour le transport de nos bagages depuis Belgrade ont tous été renvoyés sans paiement, avec des chevaux les uns estropiés, les autres morts. Ces pauvres gens pleuraient et poussaient des cris en s'arrachant les cheveux, sans gagner autre chose que des coups de bâton. Je ne puis exprimer à votre Altesse combien j'étais émue de ce spectacle. De bon cœur je leur aurais donné l'argent de ma poche, mais c'eût été en faire présent à l'Âga ». »

Après le départ de Nissa, voyage dans des montagnes pendant quatre jours, et arrivée à Sophia, située dans une grande et belle plaine, sur les bords de l'Iska. Il est difficile de rencontrer un paysage plus agréable. La ville, fort grande et très peuplée, renferme des bains chauds renommés. Après quatre autres jours, entrée dans Philippopolis, et pour y parvenir, il faut passer sur le bord des précipices qui séparent le mont Hémus du mont Rhodope, toujours couverts de neige.

La ville est bâtie sur une hauteur au pied de laquelle coule l'Hèbre. Philippopolis est presque entièrement peuplée de Grecs. Les plus riches d'entre eux sont obligés de cacher avec soin leur fortune, l'apparence de la pauvreté étant le seul moyen de vivre à l'abri de ses rigueurs.

« Le pays parcouru de là à Andrinople est le plus beau du monde. La vigne croît sans culture sur tous les coteaux, et un printemps perpétuel y répand de la gaieté et des fleurs. Mais ce climat, quelque riant soit-il, ne sera jamais préféré à l'Angleterre, malgré ses neiges et ses frimas; car là on jouit d'un gouvernement tranquille, sous un monarque qui fait consister son bonheur dans la liberté accordée à son peuple dont il aime mieux être considéré comme le père que comme le maître. »

Je suis, Madame, avec le plus profond respect, etc.

*Nota.* Cette Altesse est devenue la reine Caroline, femme de Georges II, qui succéda à son père Georges I, mort en 1727. C'est à cette reine que le savant Jean Freind, son premier médecin, dédia ses œuvres (*Opera omnia medica*) en 1732.

A lady Rich.  
Andrinople, 1<sup>er</sup> avril.

« Me voici dans un monde nouveau où tout m'apparaît comme un changement de scène, et je vous écris avec un certain contentement, espérant au moins que vous trouverez dans mes lettres le charme de la nouveauté, et que vous ne me reprocherez plus de ne vous rien dire d'extraordinaire. »

« Sans vous fatiguer du récit de mon ennuyeux voyage, je tiens à vous parler de ce que j'ai vu de remarquable à Sophia, une des belles villes de l'empire turc, et fameuse par ses bains chauds où l'on va chercher les plaisirs et la santé. Voulant y aller incognito, je m'y suis rendue dans un carosse turc vers dix heures. Ils étaient déjà remplis de femmes. L'établissement est construit en pierre et a la forme d'un dôme; le jour ne vient que d'en haut, mais il éclaire suffisamment. »

« J'étais mise en habit de voyage, et dans ce milieu, je devais paraître fort étrange. Cependant aucune des femmes ne montra ni surprise, ni curiosité indiscrette; je fus reçue avec toute la civilité possible. Il y avait en tout, je crois, deux cents femmes. Ni sourires dédaigneux, ni malins chuchotements; mais elles répétaient en me regardant: *guzel pec guzel*, charmante, en vérité charmante. Les premiers sofas étaient couverts de coussins et de riches tapis, sur lesquels se placèrent ces dames; ceux de derrière furent occupés par leurs esclaves sans aucune distinction par les habits, toutes étant dans l'état de simple nature, c'est-à-dire entièrement nues, et rien ne cachant ni leurs beautés ni leurs défauts. D'ailleurs, pas le moindre geste indécent, ni posture le moins du monde lascive. Leurs mouvements et leur démarche avaient cette grâce majestueuse que Milton décrit chez la mère des humains, et plusieurs les formes parfaites que le pinceau du Guide ou du Titien prête aux Déesses. La plupart d'une blancheur éclatante, parées seulement de leurs beaux cheveux, divisés en tresses tombant sur leurs épaules et entremêlées de perles et de rubans, me représentaient parfaitement les grâces. »

J'étais alors convaincue de la vérité d'une réflexion que j'ai souvent faite, que *si c'était la mode d'aller nue, on ferait bien moins attention au visage*. J'ai souhaité en secret que M. Jervas pût assister ici, invisible, à ce spectacle. Son talent y gagnerait beaucoup, j'imagine, à voir tant de belles femmes nues dans différentes postures, travaillant, causant,

prenant du café ou du sorbet, ou négligemment couchées sur des coussins, pendant que leurs esclaves, qui sont ordinairement de jolies filles de dix sept ou dix-huit ans, sont occupées à tresser leurs cheveux de mille manières. En un mot, c'est le café des femmes. Elles prennent ce divertissement une fois par semaine et restent ainsi quatre ou cinq heures sans gagner de rhume, en passant immédiatement du bain chaud dans une chambre froide. ce qui me surprenait beaucoup ».

« La dame qui m'a paru être la plus distinguée me pria de m'asseoir auprès d'elle et aurait bien désiré me voir me déshabiller pour me baigner. Je m'en excusai avec quelque peine. Toutes m'y engageant d'une façon pressante, je fus obligée d'entr'ouvrir ma chemise et de leur montrer mon corset. Ce qui les satisfait, car je vis qu'elles s'imaginaient que j'étais enfermée dans cette machine, sans qu'il fût en mon pouvoir d'en sortir, invention qu'elles attribuaient à mon mari. J'étais charmée de leur politesse comme de leur beauté, et j'aurais été enchantée de passer plus de temps avec elles, mais M. Wortley avait résolu de partir le lendemain de grand matin, et je désirais visiter les ruines de l'église de Justinien. Ce n'est plus guère qu'un monceau de pierres, dont la vue ne m'a point été aussi agréable que ce que je venais de voir ».

L'antiquité nous a ménagé bien d'autres énormités. On sait qu'alors des statues et des images impudiques étaient exposées dans les places publiques, et que Lycurgue faisait exercer aux combats les jeunes Spartiates avec des jeunes filles nues ou à peine vêtues. Il alléguait que les regards ne souillent que les âmes déjà souillées. Et des philosophes ont été partisans de cette législation. Platon veut que dans sa république les femmes de tout âge s'exercent dans les gymnases, n'ayant que leurs vertus pour vêtement. Et chez ces mêmes Spartiates, comment punissait-on les célibataires? « Ils étaient contraints de faire, pendant les rigueurs de l'hiver, le tour de la place, dépouillés de leurs vêtements, et chantant contre eux-mêmes des chansons qui excitaient le rire et applaudissaient à leur châtiement. » (Abbé Barthélemy.)

Chez nous, le christianisme exaltant le mérite de la virginité et du célibat religieux, bien que ce vœu de virginité, au dire compétent de Montaigne, soit « le plus âpre de tous » — ce christianisme devait proscrire tout ce qui est de nature à émouvoir les sens. Cependant malgré ses doctrines ascétiques et la sévérité de ses enseignements, les artistes, peintres et statuaires, chez nous-mêmes, ont richement servi le public en nudités. Il suffit d'ouvrir les yeux : nous voyons celles du Corrége, de l'Albane, du Titien, de Jules Romain, autêur de seize dessins des plus obscènes, appelés les Priapées, pour lesquelles le méprisable Pierre Arétin composa un nombre égal de sonnets (*i sonnetti lussuriosi*) du même goût.

Ceci dépasse de mille coudées la scène des bains de Sophia.

Malgré tout ce qui vient d'être dit, on doit affirmer, pensons-nous, qu'il existe chez nous, et chez les femmes principalement, un sentiment naturel, un instinct qui nous porte à la pudeur. C'est quelquefois un sentiment d'esthétique. *Tout* n'étant pas toujours beau.

L'éminent anatomiste, professeur S. Sappey, dans certaines descriptions, paraît sonder ou interroger la nature. Il lui semble et il insinue que le but ou le vœu de cette nature est de *voiler*.

A l'appui de cette thèse de l'instinct de la pudeur, rappellerons-nous l'histoire des Milésiennes? On dit qu'une affreuse mélancolie s'étant emparée épidémiquement des filles de Milet (Ionie), celles-ci étaient prises d'un tel dégoût de la vie qu'un grand nombre se pendaient.

Le mal empirant, les magistrats, dans l'espérance d'y mettre fin, décidèrent que serait exposé dans la place publique le corps de la première jeune fille qui se suiciderait. La crainte de cette destinée posthume agit si efficacement, qu'aucune Milésienne n'attenta plus à ses jours:

A l'Abbé\*\*\*  
Andrinople, 1<sup>er</sup> avril 1717, V. S.

« Vous voyez que je suis très exacte à tenir la promesse que vous avez reçue de moi... Il est certain que nous ne possédons que des récits bien imparfaits concernant les mœurs et la religion des Turcs, leur pays n'ayant été visité le plus souvent que par des marchands qui s'occupaient surtout de leurs affaires, ou par des voyageurs qui n'y séjournaient pas assez longtemps pour en rapporter quelque chose d'exact. D'un autre côté, les Turcs sont trop fiers pour s'entretenir familièrement avec des marchands et surtout les mettre au courant de leurs usages. »

« Le voyage que nous avons fait de Belgrade jusqu'ici ne serait pas possible pour quelqu'un qui ne serait pas revêtu d'un caractère public. Les bois déserts de la Servie sont l'asile de voleurs qui pillent les voyageurs, et notre escorte nous était bien nécessaire. Les villages sont si pauvres qu'il faut employer la force pour en obtenir le nécessaire, mais les janissaires étaient sans pitié pour la misère des habitants; ils se montraient même cruels. »

« A Belgrade, j'ai eu l'avantage de loger pendant trois semaines chez un *Effendi*, c'est-à-dire un lettré. Il n'y a que cette classe d'hommes qui soit considérée dans l'empire, les hauts emplois et les revenus de l'église sont entre leurs mains. Ce sont eux qui sont les vrais auteurs des révolutions, les soldats n'en sont que les instruments. »

« Une conversation intime et journalière avec l'Effendi Achmet-Bey m'a permis de connaître la religion et la morale des Turcs d'une manière plus précise peut-être qu'aucun chrétien n'a pu le faire. Je lui ai expliqué la différence qui existe entre la religion anglicane et la religion romaine, et il a appris avec plaisir qu'il y avait des chrétiens qui ne rendent pas de culte aux images et n'adorent point la Vierge Marie. Le dogme de la transsubstantiation lui a paru surtout ridicule. »

« Le mahométisme est divisé en autant de cultes que le christianisme, et sa première institution a été autant obscurcie par les interprétations. Je ne puis m'empêcher de remarquer l'inclination naturelle de l'homme, porté à créer des mystères et des nouveautés; mais si l'on cherche à pénétrer dans la pensée secrète des effendis, on voit que l'opinion qui prévaut parmi eux est un pur déisme; seulement ils la cachent au peuple qu'ils amusent par mille notions différentes, selon leurs différents intérêts. Il y en a bien peu de ces lettrés — Achmet

prétend même qu'il n'en existe point — qui soient assez absurdes pour nier l'existence de Dieu. Sir Paul Ricaut s'est trompé en appelant athées les sectaires, *Multerin*; ce sont des déistes dont l'impiété consiste à se moquer du prophète. Achmet ne se fait aucun scrupule de s'écarter quelque peu de la loi de Mahomet, en buvant du vin avec la même liberté que nous, se fondant sur cette vérité que tout ce que Dieu a créé est bon et destiné à l'usage de l'homme, l'abus seul étant défendu. Le précepte est très sage et fait pour le peuple. Il ajoutait qu'on doit éviter le scandale, et qu'il ne buvait jamais de vin en public. Il m'assurait que si je connaissais l'arabe, je lirais le Coran avec beaucoup de plaisir, et que j'y trouverais, au lieu des absurdités que nous lui reprochons, la morale la plus pure, exprimée dans le langage le plus choisi. »

« J'ai entendu depuis des chrétiens impartiaux dire la même chose, et je ne doute pas que toutes nos traductions de ce livre n'aient été faites sur des copies émanant des prêtres grecs qui n'auront pas manqué de les falsifier avec la plus mauvaise foi. Personne au monde de plus corrompu et de plus ignorant que cette classe d'hommes. Leurs doctrines diffèrent cependant si peu de celles de l'Église romaine, que rien, je le confesse, ne me fait plus mépriser votre clergé que la cruauté et les barbares persécutions exercées par ce dernier contre ceux qui, dans le principe, ont été ses maîtres, et cela sans aucun autre motif que celui de ne point reconnaître le pape. »

« La plus singulière de toutes les religions qu'il m'a été donné d'observer est celle des Arnauts, originaires de l'ancienne Macédoine, ceux-ci ayant conservé le courage et l'audace des Macédoniens dont ils ont perdu le nom. C'est la meilleure milice de l'empire turc. Ce peuple vivant au milieu des Chrétiens et des Mahométans se déclare absolument incapable de discerner des deux religions la meilleure, et suit très prudemment les deux cultes. Les Arnauts vont à la mosquée le vendredi et à l'église le dimanche, étant sûrs ainsi de la protection du vrai prophète au jour du jugement. »

« Telles sont les remarques que j'ai faites sur les différentes religions que j'ai sous les yeux. Je vous demande pardon de la liberté avec laquelle je vous ai parlé de celle de Rome. Mais je sais que vous condamnez également les charlataneries de toutes les églises, tout en respectant les vérités sacrées sur lesquelles nous sommes tous deux en parfait accord. »

« A Constantinople je tâcherai de recueillir quelque chose de curieux, et vous recevrez encore des nouvelles de Votre, etc. »

(A suivre).

## Revue de médecine légale

Médaille au Professeur Brouardel

A la suite de la démission de M. Brouardel comme professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, l'Association des médecins légistes de l'Université de Paris, dans sa séance du 18 mai

1906, a décidé, avec la collaboration des professeurs de l'Institut de Médecine légale et Psychiatrie, d'ouvrir une souscription à laquelle pourront prendre part les médecins légistes et les médecins experts de France et de l'étranger et tous ceux qui s'occupent de Médecine légale. Cette souscription est destinée à offrir un souvenir au Maître de la Médecine légale française sous la forme d'une médaille rappelant ses traits et d'un album relatant les noms des souscripteurs.

Le montant de la cotisation est laissé à l'initiative de chacun et devra être adressé avant le 30 juin à M. le Dr Logez-Duc, secrétaire de la souscription, 81, rue de Maubeuge, à Paris, X<sup>e</sup> arrond.

Le président, Dr Pierreson, le secrétaire général Dr E. Dabout.

P. S. — Les noms des membres du Comité d'organisation seront publiés dans le prochain numéro du journal « La Revue de Médecine légale », organe officiel de l'Association qui publiera les noms des souscripteurs.

## Analyses

**Traité d'hygiène**, publié en fascicules sous la direction de MM. BROUARDEL et MOSNY. — **Anthropologie, Hygiène individuelle, Education physique**, par R. ANTHONY, E. DUPRÉ, G. BROUARDEL, P. RIBIERRE, M. BOULAY, V. MORAX et P. LAFEUILLE, 1 vol. gr. in-8 de 300 pages, avec 38 figures, Broché, 6 fr. Cartonné, 7 fr. 50 (Librairie J-B. Baillyère et fils, 10, rue Hautefeuille, à Paris).

Le *Traité d'hygiène* de MM. BROUARDEL et MOSNY est une mise au point parfaite et précise de nos connaissances en hygiène. Nuls n'étaient plus indiqués que MM. Brouardel et Mosny, pour mener à bien cette tâche. Autour d'eux ils ont groupé l'élite des hygiénistes français : MM. Chantemesse, Dupré, Netter, Thoinot, Widal, Wurtz, de la Faculté de Paris; Courmont et Lessieur, de Lyon; Rouget et Dopter du Val-de-Grâce; de Launay, Leclerc de Puligny, ingénieurs; Ogier, Bonjean, du Comité consultatif d'hygiène; Courtois-Suffit, médecin en chef des manufactures de l'Etat; L. Martin, médecin en chef de l'Institut Pasteur; Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille; A.-J. Martin, inspecteur de l'assainissement de Paris, etc.

L'ouvrage est divisé en 20 fascicules qui paraîtront mensuellement.

Le 1<sup>er</sup> fascicule est consacré à l'*Atmosphère* et aux *Climats*.

Le 2<sup>e</sup> fascicule *au Soleil et à l'Eau*.

Le 3<sup>e</sup> fascicule, *Anthropologie, Hygiène individuelle Education physique*, traite des matières suivantes :

ANTHROPOLOGIE. — *Anthropologie physique*. — *Introduction à l'étude de la forme humaine* : I. Les moyens, d'étude de la forme humaine sur le vivant; représentation figurée; anthropométrie; II. La forme

humainé; notions sur la marche normale de la croissance. — *Anthropologie psychique*: I. L'évolution et la croissance psychique; II. L'éducation intellectuelle; III. La fatigue et le surmenage intellectuels; méthodes d'évaluation de la fatigue intellectuelle chez les écoliers.

HYGIÈNE INDIVIDUELLE. — *Hygiène du vêtement*: I. Action du vêtement; II. Propriétés des tissus vestimentaires; III. Formes générales du vêtement; coiffure; chaussure; corset; vêtement du nouveau-né et de l'enfant; vêtement de nuit, literie; propreté et désinfection du vêtement. — *Propreté corporelle* Bains publics. — *Hygiène de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge*. — *Hygiène de la vue*: Protection du l'œil. Entretien et contrôle de la vision.

ÉDUCATION PHYSIQUE. — *Exercices physiques*: I. Physiologie du travail musculaire; production: utilisation mécanique; épuisement fonctionnel de l'énergie musculaire; lois générales et phénomènes physiologiques de la fatigue; II. Effets physiologiques des exercices physiques; nutrition générale; respiration; circulation; systèmes nerveux; appareil locomoteur; III. Education physique; modalités des exercices physiques; conditions physiologiques propres aux différents exercices; exercices de force, de vitesse, de fond; gymnastique proprement dite; gymnastique athlétique; gymnastique physiologique; facteurs individuels de l'éducation physique; âge; sexe; éducation physique de la femme; conditions individuelles diverses; constitution prédispositions morbides; professions; fatigue et surmenage; causes favorisantes; manifestations cliniques; indices d'entraînement physique; principes généraux d'éducation physique collective.

**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 D<sup>r</sup> François HOUSSAY (Pont-Levoy, Loir-et-Cher) se-rait 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 Alleverd**, 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.