

Sur l'Omentovolvulus ou Torsion du Grand Épiploon (1).

Par le D^r L. LAPEYRE (de Tours).

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien en chef de l'Hôpital de Tours.

L'idée de ce travail m'a été fournie par deux cas que j'ai eu l'occasion d'observer au cours de l'année 1906.

Les deux observations ont été communiquées par moi à la fin de 1906 et le 20 février 1907 à la *Société de Chirurgie*; mon excellent maître, le D^r Bazy, donnait lecture de son intéressant rapport sur ces faits nouveaux de torsion du grand épiploon.

Ce rapport devenait immédiatement le point de départ d'une discussion très courte, mais fort intéressante, entre MM. Lejars, Lucas-Championnière et Mauclair. M. Lucas-Championnière, en raison même du nombre considérable de hernies qu'il a opérées, possède le rare privilège d'avoir observé plusieurs cas d'omentovolvulus. M. Lejars venait d'opérer en 1906 son deuxième cas de torsion du grand épiploon, et de publier dans la *Semaine médicale* un important article, basé sur tous les cas publiés jusqu'à ce jour: soit un total de 66 observations, tant françaises qu'étrangères.

Il me paraît intéressant de revenir ici sur ce sujet malgré tout encore peu connu, et d'y dire ce que je n'avais pu qu'incomplètement exposer dans mon mémoire à la *Société de Chirurgie*.

HISTORIQUE. — L'historique de l'omentovolvulus peut être fait très brièvement.

La première étude documentée « sur la torsion intra-abdominale du grand épiploon » a été publiée dans notre pays, dans cette Revue même, par MM. Vignard et Girardeau (2) en 1903. C'est à notre distingué collègue de Nantes que les caractères essentiels de la lésion ont dû d'être analysés pour la première fois; et c'est à son mémoire qu'il faut revenir encore aujourd'hui avant tout autre.

Vignard ajoutait 2 observations aux 18 déjà connues, dont la première appartenant à Oberst remontant à 1882.

Fait à noter: de ces 20 premières observations, 13 sont françaises; et la plupart ont été communiquées à la *Société de Chirurgie de Paris* ou à la *Société anatomique*.

Depuis 1903, M. Lejars relève les travaux suivants: une thèse de Roche (Paris 1905); une mémoire de Riedel (3) (nov. 1905); un de Pretzch (4) (1906); un autre de F. D. Smythe (5) (oct. 1906), et réunit 46 observations nouvelles.

Mes deux observations portent ainsi le chiffre total des faits publiés à 68.

Et l'on peut déjà en conclure avec M. Lejars: « L'omentovolvulus n'est donc pas une curiosité rare »; ou encore avec M. Championnière: « Ce n'est pas même une rareté. »

Il reste vrai cependant que jusqu'ici c'est une affection trop peu connue de la masse des chirurgiens. Le grand mérite de l'article de M. Lejars sera, sans nul doute, d'avoir pour la première fois éveillé l'attention du monde chirurgical.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX ET ÉTIOLOGIES. — Tous les travaux publiés concordent avec le mémoire de Vignard pour laisser bien établis les points suivants:

L'affection est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme (Plus du $\frac{4}{5}$ des cas).

L'effort, les contusions abdominales répétées, sont signalés dans la plupart des observations, dans les deux miennes en particulier, et paraissent jouer un rôle dans la genèse des accidents.

Enfin et surtout:

1° Il existe d'habitude et concomitamment une hernie ancienne;

2° Les accidents sont d'ordinaire uniquement localisés au côté droit de l'abdomen.

Pour Vignard, la hernie était constante; elle existait dans ses 20 observations, et elle jouait le rôle primordial dans la pathogénie des accidents. La hernie inguinale droite était presque toujours en cause; d'où l'explication:

1° De la rareté des torsions épiploïques chez la femme;

2° De la localisation droite des accidents.

Pour Lejars, la hernie restait la cause habituelle de l'omentovolvulus; mais elle peut manquer, et il relate en effet:

1° Quatre cas de torsion épiploïque dus à l'existence d'une tumeur; savoir:

Broca: Kyste hydatique de l'épiploon (1).

Tuffier: 3 kystes hydatiques de l'épiploon (2).

Fayr: Kyste de l'ovaire à pédicule tordu adhérent à l'épiploon (3).

Simon: Epiploon adhérent à un kyste de l'ovaire (4).

2° sept cas d'omentovolvulus spontané sans hernie et sans tumeur, dus à MM. Eitel (5), Noble (6), Stewart (7), Suddor (8), Simon, Riedel (9) (2 cas).

Mais, fait intéressant et moins facile peut-être à expliquer, dans ces 7 cas aussi, la localisation des accidents était droite, si bien que l'on a fait 6 fois le diagnostic d'appendicite; une fois celui de cholécystite ou d'appendicite.

VARIÉTÉS. — Quoiqu'il en soit, nous sommes nécessairement amenés après le travail de Lejars à distinguer à la torsion du grand épiploon deux variétés:

La première avec hernie concomitante seule étudiée par Vignard et comprenant à l'heure actuelle 57 cas;

La deuxième, indépendante de toute hernie, comprenant 11 cas.

M. Lejars a bien minutieusement étudié cette deuxième variété, très intéressante par la lumière même qu'elle peut jeter sur la pathogénie de la torsion. Je ne reprendrai pas après lui cette étude, faisant du reste remarquer:

1° Que la présence d'une tumeur intra ou extra épiploïque fait de la torsion un phénomène secondaire et accessoire. Ainsi en avait déjà jugé Vignard;

2° Que le volvulus spontané est très rare (7 cas), et qu'en présence d'accidents purement intra-abdominaux le diagnostic exact restera toujours bien malaisé.

Et je m'attacherai seulement ici à l'étude, pratiquement beaucoup plus importante, de l'omentovolvulus compliquant une hernie.

Dans cette variété, de beaucoup la plus fréquente, le diagnostic en effet est rendu possible par l'existence même de la hernie.

Celle-ci est « indicatrice », selon le mot heureux de M. Lejars.

(1) Mémoire publié dans les *Archives Provinciales de Chirurgie* avec figures.

(2) Vignard-Girardeau. — *Arch. prov. de Chirurgie*, 1903.

(3) Riedel. — *Über Geschichte Netzgeschwülste mit und ohne vorgangene Bruch* (*Münch. med. Wochens.*, 1905, nov.).

(4) E. Pretzch. — *Über die Torsion des Netzes* (*Beiträge zur Klin. Chir.*, 1906, XLVIII, p. 118).

(5) D. Smythe. — *Report of a case of torsion of the greater omentum intra abdomen with remarks* (*Surg. Gynec. and Obst.*, oct. 1906).

(1) Broca. — *Rev. mens. des Mal. de l'Enfance*, déc. 1902.

(2) Tuffier. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 14 mars 1906.

(3) E. Fayr. — *Archiv f. klin. Chir.*, 1902, L. XVIII, 2, p. 501.

(4) Otto Simon. — *Munch. med. Woch.*, 10 oct. 1905.

(5) Eitel. — *Med. Record*, 20 mai 1899.

(6) Ch.-B. Noble. — *Am. Journ. of Obstetric*, 1904, p. 364.

(7) F.-T. Stewart. — *Journ. of the Am. med. Assoc.*, 19 Mars 1904.

(8) Ch.-L. Sudder. — *Ann. of Surgery*, 1904, p. 916.

(9) Riedel. — *Munch. med. Woch.*, 21 nov. 1905.

Encore faut-il que le chirurgien soit averti, que la pensée de l'omentovolvulus se présente à son esprit ; sous cette condition le diagnostic paraît s'imposer.

Cette opinion, que j'exprimais dans mon mémoire à la Société de Chirurgie, je la retrouve sous la même forme affirmative dans le mémoire de Smythe, d'octobre 1906, cité par Lejars.

« L'appendicite et la torsion intra-abdominale du grand épiploon présentent quelques symptômes communs ; mais, à voir l'ensemble, il y a une assez grande différence de traits cliniques entre les deux affections pour que l'erreur de diagnostic ne puisse arriver au chirurgien qui rencontre son deuxième cas ».

M. Lejars a personnellement donné raison à ces paroles

Lejars, abandonnant cette division purement clinique, préfère distinguer :

1° Les torsions épiploïques, combinées à une hernie irréductible ;

2° Les torsions épiploïques, combinées à une hernie vide. C'est un peu la même chose sous des noms différents, mais qui parlent singulièrement moins à l'esprit. Ne vaut-il pas mieux rappeler nettement le double piège (si je puis parler ainsi) tendu, par les symptômes, au chirurgien ?

Mes deux observations étant très typiques, l'une de la forme herniaire, l'autre de la forme appendiculaire, je vais les donner ici, comme exemples du tableau clinique qui se déroule devant l'observateur.

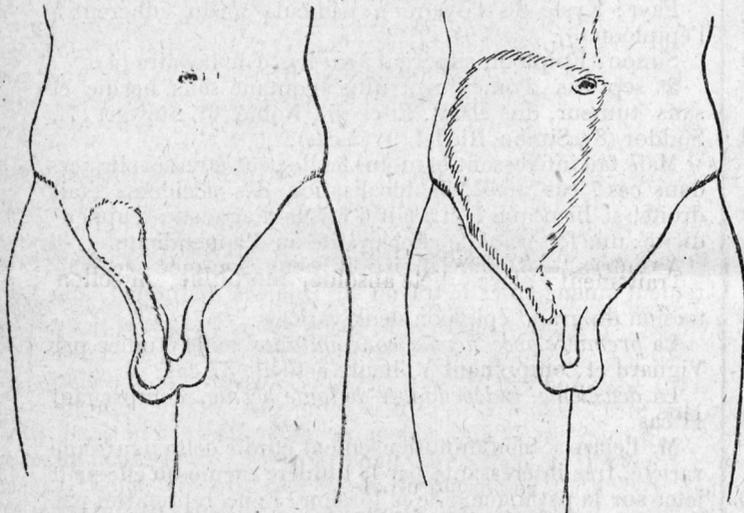


Fig. 1. — Type herniaire. — Tumeur herniaire et son prolongement intra-abdominal (Schématique).

Fig. 2. — Type appendiculaire. — Tumeur intra-abdominale et son prolongement inguinal (Schématique).



Fig. 3. — Aspect présenté par le grand épiploon tordu au ras du colon transverse. [Observation II].



Fig. 4. — Torsion de l'épiploon [Cas Vignard]. — Légende : A, pédicule du ; B, largeur moyenne ; C, largeur maximum ; D, partie inguinale ; E, appendice avec trois renflements calcareux.

FORME HERNIAIRE.

OBSERVATION I

Hernie inguinale épiploïque droite irréductible. — Omentovolvulus intra-abdominal. — Laparotomie inguinale. — Guérison.

Albert F..., homme d'équipe au P. O., âgé de 40 ans, est porteur d'une hernie inguinale droite depuis 6 ans environ, depuis quelque temps elle n'est qu'incomplètement réductible. F. éprouve depuis plusieurs mois des coliques fréquentes, des douleurs vagues du côté de sa hernie ; il digère mal, a beaucoup maigri. Cependant il n'a jamais cessé de travailler (Fig. 1).

Brusquement, le 29 avril, en soulevant un colis, il est pris de coliques très violentes dans la fosse iliaque droite ; il rentre péniblement chez lui, essaie de réduire sa hernie.

en portant, pour la première et jusqu'ici unique fois, le diagnostic exact, avant l'opération de son deuxième malade.

Un léger correctif mérite cependant d'être apporté à la phrase de Smythe.

Personnellement je n'ai pas fait le diagnostic chez mon deuxième malade, pour la bonne raison qu'il ne rappelait en rien le premier.

En effet, ce n'est pas seulement avec l'appendicite que la confusion peut être faite ; c'est encore, et même un peu plus souvent, avec l'épiplocèle étranglée. Il existe deux formes absolument distinctes de l'omentovolvulus, et qui a vu l'une n'est pas du tout préparé à faire le diagnostic de l'autre.

FORMES CLINIQUES. — Ces deux formes cliniques, bien distinguées déjà par Vignard, sont :

1° La *forme herniaire*, simulant l'épiplocèle étranglée, avec laquelle elle a toujours été jusqu'ici confondue ;

2° La *forme abdominale* ou *appendiculaire*, simulant l'appendicite, dont Lejars seul l'a une fois distingué.

Cependant les douleurs augmentent, des nausées apparaissent. Appelé le jour même, je trouve une épiplocèle irréductible et douloureuse à la palpation, de la douleur dans le ventre, une tuméfaction paraissant se prolonger dans la région inguinale profonde. Je diagnostiquai épiplocèle étranglée et opère le lendemain matin.

Le sac ouvert, l'épiploon apparaît adhérent, par endroits violacé, noirâtre par places et comme en voie de sphacèle. Des veines énormes sillonnent la masse. Mais il n'existe pas d'anneau d'étranglement : les portions d'épiploon sus-

FORME APPENDICULAIRE.

OBSERVATION

Torsion intra-abdominale du grand épiploon, prise pour une appendicite. — Incision de Jalaguier, le 3^e jour. — Mort 54 heures après de péritonite septique.

M. X..., 44 ans, marchand d'engrais à Saint-Aignan, se rend pour ses affaires à Blois, le 4 août. Vers 3 heures après-midi, après avoir soulevé de lourds sacs, il est pris brusquement d'une douleur en coup de poignard. Il rentre à Saint-Aignan en chemin de fer. Le D^r Ratier, appelé, hésite entre une appendicite ou une occlusion : douleur aiguë, maxima vers la région abdominale droite. Constipation absolue. Vomissements porracés. Pouls à 110. Pas de température, mais facies péritonéal très mauvais. Le malade arrive à Tours à Saint-Gatien, en pleine nuit.

Son état est lamentable. Les douleurs sont atroces, lui arrachent des cris. Les vomissements sont incessants, le pouls à 130. L'examen du ventre, peu facile, révèle une prédominance droite de la douleur, et un empâtement diffus de tout le côté droit, étendu de l'arcade crurale aux fausses côtes. Il n'existe pas de hernie apparente ; mais le malade, interrogé, raconte avoir depuis 20 ans une hernie inguinale droite, pour laquelle il a cessé de porter un bandage depuis 3 ou 4 ans, la hernie ne sortant plus. Il attribue l'accident aux efforts faits pour charger ses sacs d'engrais en les appuyant sur son ventre.

Le malade qui vient de subir un voyage de trois heures est dans un état tellement grave que je ne puis penser à intervenir immédiatement. Je crois du reste à une péritonite diffuse de cause appendiculaire.

Traitement : glace, diète absolue, morphine, injection de sérum.

Le lendemain matin, 5 août, l'état est meilleur ; la douleur est très calmée, plus de vomissements. Ballonnement du ventre modéré. La sensibilité à la pression est très vive dans tout le flanc droit : le maximum n'est pas au point de Mac Burney ; il est en haut et en dedans vers l'ombilic. L'empâtement de tout le flanc droit est plus nettement perceptible ; la région inguinale est douloureuse.

Trompé par la rémission des symptômes qui dure toute la journée, je tempore.

Le soir, température, 38.05, dans la nuit, nouvelle crise douloureuse, moins vive cependant que la première.

Le 6 au matin, le facies est redevenu très mauvais, deux ou trois vomissements bilieux sont reparus. Etat local stationnaire (Fig. 2).

Inquiet de la tournure des événements, doutant du diagnostic d'appendicite, je me décide à intervenir.

OPÉRATION. — Incision de Jalaguier. Je tombe immédiatement sur un épiploon très épais, énorme, infiltré de sang, de coloration rouge noirâtre, parsemé de nombreux et volumineux ganglions eux-mêmes gorgés de sang.

Il existe des parties scléreuses, dures, de véritables cordes ; en d'autres points, d'énormes lacis veineux.

L'épiploon plonge peu sa partie inférieure dans le sac herniaire inguinale droit avec lequel il a contracté des adhérences multiples. Je le dégage ; puis, prolongeant en haut mon incision, je tombe sur un pédicule long de 4 à 5 centimètres, de la grosseur du petit doigt, tordu 3 à 4 fois sur lui-même de gauche à droite, ayant l'aspect d'une corde (Fig. 3).

Je le lie et enlève en masse tout l'épiploon qui pèse 460

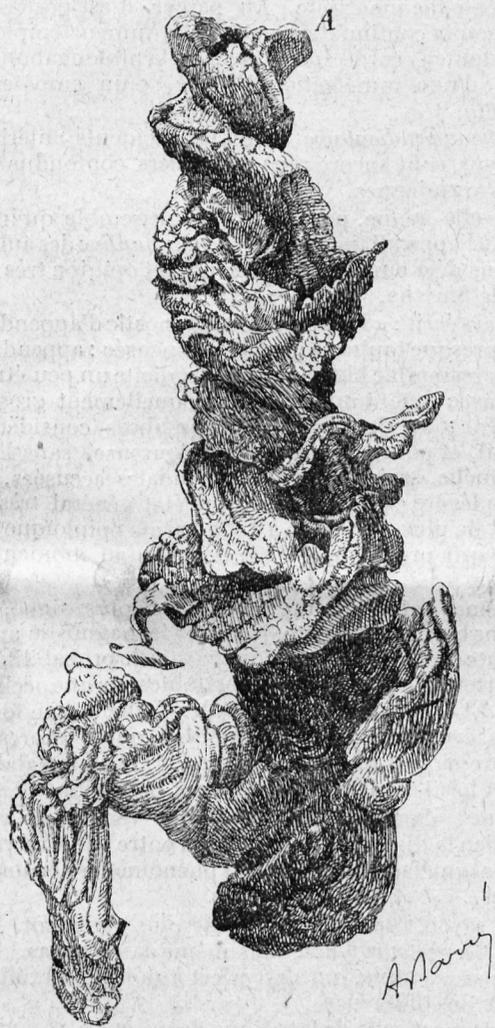


Fig. 5. — Torsion de l'épiploon [Cas de Malherbe]. — Les trois tours de spire serrés, qui existaient au niveau du pédicule A, ont disparu en partie.

centes au trajet inguinal sont également malades. Je prolonge donc l'incision en haut sur le ventre, et finis par tomber sur une portion rétrécie du volume du pouce où l'épiploon est tordu trois fois sur lui-même de gauche à droite. Epiploon au-dessus manifestement sain. La torsion est à une certaine distance de l'insertion colique. Je lie le pédicule (2 fils de catgut) et résèque la masse qui pèse 220 grammes.

Suites. — Simples. Guérison avec persistance de quelques troubles gastriques.

grammes (1). Il existe de la péritonite diffuse avec vascularisation et distension des anses intestinales. Cæcum et appendice parfaitement sains. Drainage et sutures.

Après une période d'amélioration très grande de 36 heures, brusquement l'état s'aggrave. Mort par péritonite septique, en pleine connaissance, 54 heures après l'opération.

Ces deux observations, ai-je dit, sont très typiques des deux modalités présentées par l'affection.

Sur 57 cas, nous en voyons trente et quelques présenter un tableau identique à celui de notre premier cas : celui d'une hernie épiploïque ancienne, devenant irréductible et donnant lieu à des accidents subits, dont le siège paraît exclusivement ou essentiellement herniaire.

L'existence des phénomènes abdominaux est ou complètement méconnue, ou considérée comme une extension de l'épiploïte herniaire seule diagnostiquée.

Le deuxième groupe, à peine moins nombreux, est caractérisé, comme dans notre observation II, par l'évolution



Fig. 6. — Torsion de l'épiploon [Cas de Wiener]. — Torsion en un seul point. — Légende : A, pédicule tordu ; B, adhérences au côlon ascendant.

de symptômes purement abdominaux, faisant penser à l'appendicite, à la rigueur encore à l'occlusion (Diagnostic de Tuffier, 1 fois).

Tantôt la hernie est ou paraît vide (comme dans notre cas) ; tantôt elle existe irréductible, mais peu ou pas douloureuse.

Même dans ces cas les plus faciles pour le diagnostic, la prédominance des phénomènes abdominaux a toujours fait dire appendicite. Lejars excepté.

Vignard, qui avait bien saisi la continuité des lésions abdominale et herniaire, ne peut faire mieux que diagnostiquer : appendicite, compliquée d'épiploïte herniaire.

SYMPTÔMES. — Un examen minutieux des symptômes, dans l'une et l'autre forme, révélerait-il des signes caractéristiques de l'omentovolvulus ? Il est à peine permis de le penser ; du moins peut-on trouver au tableau clinique présenté des dissemblances avec celui de l'épiploïte ou de l'appendicite.

1° Forme herniaire. — Dans cette forme, Riedel a particulièrement insisté sur l'existence d'accidents antérieurs atténués, mais analogues à la crise terminale, et révélant sans doute la marche progressive de la torsion. Il en cite

trois cas. Chez mon malade, je retrouve sinon de véritables crises prémonitoires, du moins des douleurs répétées et un véritable changement de l'état général depuis plusieurs mois. Malheureusement, l'épiploïte herniaire se manifeste souvent par des accidents analogues.

Un signe important encore est celui-ci. Jamais, dans la torsion épiploïque, il n'y a d'arrêt complet des gaz et des matières. Mais tout cela reste insuffisant ; seul l'examen direct rend possible le diagnostic. En effet, le siège de la douleur dans l'omentovolvulus n'est pas purement herniaire ; il est plus haut, dans la région inguinale profonde, dans la fosse iliaque droite. Au palper, il est possible de percevoir ou la continuation nette de la tumeur épiploïque dans l'abdomen (corde épiploïque), ou la prolongation dans le ventre d'une tuméfaction diffuse, d'un empatement localisé (Fig. 1.)

2° Forme appendiculaire. — Ici les accidents antérieurs, s'ils existent, sont encore plus volontiers confondus avec des crises vermineuses.

La crise elle-même, par contre, ne ressemble qu'imparfaitement à l'appendicite, du *consensus unanime* des auteurs. Nous avons déjà enregistré sur ce point l'opinion très catégorique de Smythe.

M. Lejars écrit : « En portant le diagnostic d'appendicite, on garde presque toujours une arrière-pensée : appendicite ; oui, cela y ressemble bien ; mais appendicite un peu étrange d'allure, avec une tumeur exceptionnellement grosse et développée tout de suite, avec un abcès considérable, semble-t-il, et pourtant très peu douloureuse, sans localisation franche, sans réactions abdominales accusées, avec une fièvre légère et fugace, avec un état général très peu atteint, et de plus combinée à cette hernie épiploïque irréductible, qui précisément l'est devenue au moment des accidents ».

Moi-même, qui ai observé une forme plus aiguë, plus grave, sans hernie apparente, je faisais le diagnostic appendicite, faute de mieux, comme diagnostic de probabilité. J'ai opéré, surtout parce que j'avais des doutes sur une occlusion possible. Et rappelant encore que M. Tuffier a une fois, en pareil cas, cru à une occlusion, je dirai que l'impression, cette impression si importante dans les affections abdominales, fait hésiter entre appendicite et occlusion.

M. Lejars, dans la phrase que nous venons de relire, montre bien la disproportion qu'il y a entre cette énorme et *immédiate* tuméfaction locale et les phénomènes péritonéaux médiocres.

Il faut savoir cependant qu'il est plus rarement, il est vrai, des *formes suraiguës*. Mais même dans ces cas, chez le malade, par exemple, qui s'est offert à mon observation, il est encore des différences.

La douleur est celle de la colique de misère, et non celle « en coup de pistolet » de l'appendicite. Le maximum n'est pas au point de Mac Burney, mais plus près de l'ombilic.

Les rémissions de la douleur dans la torsion sont aussi bien plus habituelles que dans l'appendicite. La fièvre 38°5, 39° au plus, n'est pas en rapport avec l'étendue du foyer péritonéal.

La tuméfaction abdominale diffère enfin de la tumeur appendiculaire :

1° Par son apparition soudaine ;
2° Par son extension en haut jusqu'aux fausses côtes et à l'ombilic, en bas, derrière l'arcade de Fallope jusqu'à la région inguinale profonde et dans le trajet herniaire où elle se continue (Fig. 2).

Contrairement à la tuméfaction appendiculaire, elle laisse

(1) Par erreur il a été imprimé 360 grammes dans le Bull. de la Soc. de Chir. de Paris.

libre d'habitude la partie externe de la fosse iliaque, et peut parfois en être délimitée, déplacée latéralement.

L'examen du trajet inguinal droit reste le point le plus important pour le diagnostic.

En effet, si au cas de hernie irréductible et douloureuse, la continuité des tumeurs abdominale et herniaire est encore assez facile à reconnaître, il est des cas où la hernie paraît vide, et où ce n'est qu'en palpant profondément, en enfonçant le doigt dans le trajet inguinal, qu'on sentira profondément la tuméfaction douloureuse.

En présence de symptômes appendiculaires chez un herniaire, l'exploration profonde de la région herniaire s'impose donc comme nécessaire; elle peut rectifier un diagnostic erroné.

DIAGNOSTIC. — Eviter le diagnostic d'épiplocèle étranglée ou celui d'appendicite, tel est le problème que pose chacune des deux formes de l'affection.



Fig. 7. — Torsion de l'épiploon [Cas de Baracz]. — Exemple de torsion, en deux points différents.

Comme nous l'avons vu par l'étude des symptômes, la distinction d'avec l'épiplocèle étranglée est très difficile. Elle n'a jamais été faite jusqu'ici. Ni les crises artérielles, ni l'absence de phénomènes occlusifs ne sont caractéristiques.

L'existence d'une douleur et d'une tumeur intra-abdominale, même dûment constatée, reste elle-même d'interprétation douteuse. Ne voit-on pas les accidents d'épiploite intra-herniaire se propager à l'abdomen ?

L'erreur reste d'autant plus difficile à éviter que l'indication pressante d'opérer empêche le plus souvent de suivre l'évolution spontanée de l'affection.

Pratiquement, cette erreur est sans gravité, car l'idée d'épiplocèle étranglée entraînant l'opération d'urgence, la découverte de la torsion doit presque sûrement résulter de l'intervention.

L'erreur pourrait continuer cependant et être préjudiciable au malade, si l'opération se bornait à libérer l'épiploon jusqu'au collet du sac.

M. Quénu a bien montré la nécessité de prolonger l'opération jusqu'à examen complet des parties altérées et découverte des parties saines.

La distinction d'avec l'appendicite semble, de par les symptômes, devoir être beaucoup plus facile. M. D. Smythe, M. Lejars, moi-même, avons nettement déclaré qu'en pareil cas on ne pose le diagnostic appendicite que faute de mieux, faute de penser à l'omentovolvulus.

La présence d'une « hernie indicatrice » est la clef du diagnostic; mais deux cas peuvent se présenter :

1° Il existe une hernie irréductible et douloureuse; et alors une seule erreur est possible, celle commise par Vignard : *Appendicite herniaire*.

L'étendue de la tuméfaction, la rapidité de son développement devront faire dire omentovolvulus.

2° La hernie est ou paraît vide. Ici le diagnostic reste beaucoup plus malaisé. Cette hernie peut passer inaperçue, car seul l'interrogatoire la révèle.

Connue, elle n'indique rien. L'exploration profonde pourra seule révéler des connexions réelles entre elle et la tumeur intra-abdominale. Bien souvent, la hernie, en effet, n'est vide qu'en apparence; l'épiploon est engagé et adhérent aux portions profondes du sac. Il en était ainsi chez mon malade, qui pourtant avait oublié sa hernie, et ne présentait rien de visible au premier aspect.

Alors même que l'épiploon est libre dans le ventre, il sera d'habitude possible de préciser que la tumeur s'étend au contact même de la hernie beaucoup plus en dedans que l'appendicite normale.

Mais la torsion du grand épiploon « avec une hernie vide » ne restera pas beaucoup moins malaisée à diagnostiquer que sa torsion spontanée.

Tout ce que l'on peut demander en pareil cas au chirurgien est de songer à la possibilité de cet accident et d'agir en conséquence, c'est-à-dire d'opérer d'urgence.

PROGNOSTIC. — Vignard, de l'étude des vingt premières observations, avait conclu à un pronostic relativement bénin.

Lejars confirme son opinion. Sur 66 cas, en effet, il ne relève que 7 décès; soit une mortalité de 10,5 0/0.

Trois malades, après une intervention régulière, ont succombé, non pas à l'affection elle-même, mais à une complication intercurrente :

- Une pneumonie grippale (Monod);
- Une broncho-pneumonie (Bender et Heitz);
- Le delirium tremens (Lejars).

Des quatre cas de mort restant, deux auraient sans doute été évités, si l'intervention n'avait pas laissé au-dessus d'une première torsion une portion épiploïque, sous-jacente elle-même à une deuxième torsion (Eiselsberg, 1 cas; Moresco, 1 cas).

Dans ces deux observations du reste, la mort survint de façon assez singulière à la suite d'ulcérations gastriques et intestinales, avec hémorragies consécutives.

Ainsi, 2 fois seulement sur 66, la mort a eu lieu par péritonite septique; et mon observation n'est que le troisième fait de cet ordre.

Il faut en conclure que la forme habituelle de l'omentovolvulus est une torsion lente et progressive, laissant tout le temps d'intervenir avant des accidents mortels.

La torsion aiguë, telle que je l'ai observée, est très rare; par contre elle est très grave et exige l'intervention immédiate.

L'intervention rapide, dans tous les cas, réduirait sans doute beaucoup la mortalité actuelle, égale à près de 12 0/0.

Je me suis demandé si le pronostic paraissait différent

dans la forme herniaire ou abdominale. A l'heure actuelle, il est sensiblement le même.

Il ne faut pas s'en étonner ; le siège plus ou moins élevé de la torsion et sa rapidité sont les facteurs essentiels de la gravité de l'affection. Or, il n'y a qu'une relation entre le siège et la nature de la torsion, et la localisation herniaire ou abdominale des symptômes.

La forme appendiculaire me paraît plus dangereuse, uniquement parce qu'elle n'évoque pas comme la forme herniaire l'appel immédiat au bistouri.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La pathogénie et le traitement de l'omentovolvulus reposent essentiellement sur l'étude anatomo-pathologique des lésions constatées.

Je vais donc ici m'efforcer d'en mettre en relief les traits principaux.

La torsion elle-même est variable.

Dans ses caractères, Vignard distingue : 1° la torsion en un point unique ; 2° la torsion en deux points différents ; 3° les torsions complexes.



Fig. 8. — Torsion de l'épiploon [Cas de Chavannaz]. — Torsion complexe.



Fig. 9. — Torsion de l'épiploon [Cas de Heitz et Bender]. — Torsion complexe.

Les figures ci-contre (Fig. 4 à 9), empruntées à son mémoire, me dispensent d'explications plus longues.

a) La torsion en deux points (Fig. 7) mérite particulièrement notre attention, car la torsion la plus élevée risque d'être méconnue au cours de l'intervention au grand détriment des malades (deux des malades de Eiselsberg et Moresco). Elle n'est pas rare. Il en existe une dizaine d'observations.

(8) Dans son siège, qu'on a vu de l'insertion colique à la partie intra-sacculaire.

Le plus souvent la torsion se fait haut, assez près du côlon transverse.

(7) Dans les modalités du pédicule.

Les tours de spire varient de 4 à 6. Le pédicule peut être très mince ; il est au maximum de la largeur de 2 ou 3 doigts ; il est parfois très court, parfois long de plusieurs centimètres.

La masse épiploïque sous-jacente à la torsion est d'habitude considérable : je relève les poids suivants : 1 kilogr., cas de Baracz ; 600 gr., cas de Lucas-Championnière ; 460 gr., un fait personnel.

C'est que l'épiploon a subi des altérations profondes.

Son aspect est celui que donne l'étranglement et varie de la congestion simple à la gangrène.

Chez mes deux malades, j'ai été frappé du volume énorme des veines dilatées et thrombosées, et surtout de la transformation scléreuse du tissu épiploïque (Fig. 3.)

Il existait de véritables lanières ayant une consistance dure et lardacée, résultat évident d'une épiploïque chronique ancienne. Le pédicule lui-même fibreux et allongé avait une structure identique à ces portions scléreuses. Je n'ai jamais, au cours d'épiploïte herniaire, trouvé ces lésions à un degré semblable. Elles sont sans doute d'une importance capitale dans la production du volvulus.

La péritonite diffuse fibrinopurulente est rare ; elle est sans doute caractéristique des torsions brusques.

L'épiploon est tantôt adhérent au sac herniaire ou à une tumeur par son extrémité inférieure, tantôt libre.

Nous avons vu que Lejars avait pu relever 7 cas de torsion absolument spontanée du grand épiploon ; 4 cas dus à une tumeur épiploïque ou abdominale. Dans tous les autres cas, il existait une hernie. Cette hernie est d'habitude inguinale droite ; on l'a vue quelconque ; une fois il s'agissait d'une éventration (cas de Souligoux et Deschamps).

Cette hernie a toujours présenté les deux caractères suivants :

1° Absence complète d'intestin ;

2° Absence d'étranglement de la masse épiploïque au niveau du collet.

Les rapports de l'épiploon avec la hernie restent pour tout le reste variables. Six fois la hernie était absolument vide : Peck, Wiener, Tuffier, Riedel, Smythe ; et aucune relation n'a pu être relevée entre elle et la masse épiploïque.

Dans tous les autres cas, l'épiploon était engagé dans la hernie.

Une fois sur quatre, il y était absolument libre. Dans les trois quarts des cas, il a contracté des adhérences avec le sac. Ces adhérences sont elles-mêmes très minimes (voir notre deuxième cas) (Fig. 3.) ou très étendues. Elles sont anciennes ou récentes ; certaines peuvent être postérieures à la torsion. D'habitude également, l'épiploon adhère dans l'abdomen même, par sa face profonde, au cæcum et aux anses grêles.

PATHOGÉNIE. — L'étude anatomopathologique que nous venons de faire nous permet d'aborder le problème encore obscur de la pathogénie de l'affection.

Comme nous l'avons vu, le volvulus se produit, ou sous l'influence d'une tumeur intra-épiploïque, ou d'adhérences à une tumeur abdominale, ou concomitamment à la présence d'une hernie ; et dans ce cas trois conditions différentes peuvent être observées :

A) La présence d'adhérences intra-sacculaires ;

B) L'existence de toute épiploon libre dans le sac ;

C) L'absence de toute masse épiploïque dans la hernie. Ou spontanément, sans cause appréciable.

La hernie joue incontestablement un rôle prépondérant dans la genèse habituelle de la torsion ; mais elle n'est pas nécessaire, ainsi qu'on l'a cru tout d'abord.

Vignard a proposé l'explication suivante du volvulus dans les cas de tumeur ou de hernie, qu'il a fort judicieusement rapprochés. Par sa situation passagère ou permanente dans le sac, par l'allongement acquis qui compense une moindre largeur, par l'irritation subie, cause d'hypertrophie de la partie inférieure, l'épiploon se trouve prendre la forme d'une lanière à laquelle serait suspendue un poids.

C'est donc surtout à une cause mécanique que Vignard attribue la genèse des accidents de torsion. « L'irritation » n'est invoquée que comme provoquant une augmentation de volume et de poids de la partie inférieure.

Cette explication, valable surtout pour le cas de tumeur intraépiloïque (kyste hydatique par exemple) ne peut convenir évidemment ni aux torsions spontanées, ni aux torsions en deux points ou aux torsions complexes.

Il me semble que la cause première de la torsion doit plutôt être cherchée dans une épiploïte chronique, qui non seulement augmente le poids de l'épiploon, en modifie la forme, mais crée dans son intérieur même des cordelettes scléreuses, des lanières, toutes prêtes à se tordre les unes sur les autres, à s'enrouler entre elles. Cette épiploïte accentuée est constante, elle s'explique très bien lorsque l'épiploon a contracté des adhérences, très bien encore lorsqu'il a été engagé dans une hernie.

Il ne reste à expliquer sa production que dans les cas où l'épiploon s'est tordu indépendamment de toute tumeur ou de toute hernie. Remarquons que, dans un des cas cités par Lejars, il y avait de l'ascite et par suite évidemment des lésions inflammatoires. Aussi je n'hésite pas à considérer l'épiploïte comme la cause probable essentielle du volvulus; et j'observe en faveur de cette opinion qu'elle explique très bien les torsions complexes, très bien aussi les torsions en deux points pour lesquels Bender, Heitz et Vignard ont été amenés à chercher des explications malaisées.

Reste un point, après tout secondaire, sur lequel MM. Championnière et Lejars ne sont pas d'accord : celui de savoir si des adhérences de l'extrémité inférieure rendent ou non plus facile la torsion.

Ce qui est certain, c'est que le volvulus a été observé plus fréquemment avec des adhérences qu'avec un épiploon libre, mais que la torsion est possible dans les deux cas.

La cause déterminante reste obscure; l'effort et le traumatisme paraissent avoir un rôle réel.

TRAITEMENT. — Il n'est qu'un traitement de l'omentovolvulus : l'intervention chirurgicale et l'intervention chirurgicale rapide.

La bénignité relative des cas habituels ne peut faire oublier qu'il est des cas aigus, dans lesquels un retard de vingt-quatre ou trente-six heures suffit à rendre la mort inévitable.

Le diagnostic importe donc et de façon toute particulière dans la forme abdominale.

En effet, au contraire de l'épiplocèle étranglée qui met immédiatement le bistouri à la main, l'appendicite est d'habitude, dans ses formes moyennes, traitée par la temporisation. Le chirurgien cherche à refroidir la lésion péritonéale. Une telle conduite ici peut être funeste au malade et à ce propos je désirerais que nous soyions tous d'accord sur le principe suivant :

« Ne s'abstenir que devant une appendicite évidente, intervenir toujours et quand même d'urgence, quand le diagnostic appendicite n'est qu'une probabilité. La règle d'exception doit alors céder le pas devant la règle générale. »

Ne serons-nous pas toujours du reste trop portés à conclure à l'inflammation du vermis lors d'accidents abdominaux localisés à droite ?

Que sera l'intervention elle-même ?

Dans la forme herniaire, ce sera une hernio-laparotomie, qu'il faudra prolonger en haut jusqu'à la découverte de parties manifestement saines.

Ici, en effet, le danger réside tout entier dans une recherche incomplète des lésions ; et il faudra toujours avoir à

l'esprit l'idée de la possibilité d'une deuxième torsion, très haut située, au ras même du colon.

Dans la forme appendiculaire, l'incision de Jalaguier paraît la meilleure ; elle conduit directement sur la lésion.

Les adhérences avec le cæcum, l'intestin grêle, le sac herniaire, devront être minutieusement détachées, les surfaces saignantes hémostasiées avec soin.

L'appendicite devra toujours être recherchée, et au besoin enlevée. S'il existe une tumeur abdominale, elle sera de même extraite.

Quant à l'épiploon lui-même, il sera traité ou par détorsion du pédicule ou par l'ablation simple.

La détorsion a été pratiquée avec plein succès par Walther (1) et Sonnenburg (2). Tous les deux d'ailleurs ont cru devoir résectionner l'épiploon altéré.

Ainsi la détorsion pure et simple avec conservation de l'épiploon n'a jamais été pratiquée.

Pour qu'elle soit indiquée, il faudrait se trouver en présence d'un volvulus tout récent, n'ayant encore provoqué aucune lésion du côté du pédicule, de l'épiploon ou du péritoine.

Le traitement habituel est la résection de l'épiploon. La section portera en plein tissu sain, au-dessus du pédicule, après une ligature soignée au catgut.

La seule difficulté de l'intervention réside dans la libération de la face profonde de l'épiploon souvent très adhérent aux anses intestinales.

Le plus souvent, l'épiploon pour ainsi dire entier se trouve supprimé : les résultats n'en restent pas moins excellents.

Au cas de péritonite seulement, il y aura nécessité de drainer.

CLICHÉS OBLIGEAMMENT PRÊTÉS PAR LES Archives
Provinciales de Chirurgie.

Les Faux-Croupes graves

Par le Dr BOSCH,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Médecin de la Crèche à l'Hospice Général.

(Suite et fin)

Résumé. — Il existe donc chez les enfants — jusqu'à l'âge de 6 à 7 ans environ, un syndrome qui peut s'observer en série, affectant ainsi une apparence d'épidémicité.

Il est caractérisé essentiellement par une dyspnée laryngée avec tirage permanent l'une et l'autre paraissant être sous la dépendance d'un spasme de la glotte. Il y a en même temps une voix rauque et une toux croupale — la température est variable, et elle semble surtout en rapport avec les lésions broncho-pulmonaires associées.

L'examen de la gorge est négatif, ou ne révèle qu'une rougeur diffuse, avec quelques points blancs disséminés : il n'y a pas de fausses membranes, et cliniquement et bactériologiquement, ces cas ne sont pas de la diphtérie.

Or, si dans la majorité des cas, cet état spasmodique cesse spontanément, — ou sous l'influence d'un traitement anodin, — il en est d'autres — qui méritent le nom de *faux-croupes graves*, — et qui peuvent avoir la mort pour dénouement, si l'on n'intervient pas à temps.

(1) Walther. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 9 mai 1900, p. 531.

(2) Sonnenburg. — *Ueber Netztorsionen intra-abd. u. im Brachschke* (Arch. int. Chir., 1903, 1, 1).

Ces notions nous permettent de proposer cette classification suivante des laryngites graves de l'enfance :

- | | | |
|--|---|--|
| 1) Croup, c'est-à-dire obstacle laryngé à la respiration, — soit par obstruction mécanique, — soit par spasme. | } | 1). <i>Diphthérique.</i> |
| | | 2). <i>Non diphthérique</i> (laryngite striduleuse, faux croup grave). |

et en raison de la facilité avec laquelle on pratique aujourd'hui une injection de sérum pour toute angine suspecte, — nous estimons que la seconde forme deviendra comparativement plus fréquente que la première : il n'est pas paradoxal de soutenir qu'on sera appelé désormais à constater plus de faux-croups que de croups diphthériques.

Pronostic. — En présence d'un enfant — qui commence à tirer, il est très difficile d'établir un pronostic, — car nous n'avons aucun élément pour apprécier la bénignité ou la gravité ultérieures de ce tirage. — Un pronostic d'ensemble peut cependant être porté d'après les éléments suivants :

1) *Agitation de l'enfant.* — Nous estimons qu'un enfant qui s'agite, qui devient inquiet, qui n'a pas un moment de repos, etc. doit être surveillé de très près, car ce sont souvent là des signes avant-coureurs de la période asphyxique.

2) *D'après la lésion.* — Les plus graves sont ceux qui sont liés aux ulcérations laryngées et à l'œdème, — ces affections pouvant déjà par elles-mêmes déterminer de redoutables complications.

3) *D'après les associations morbides.* — La plus redoutable en la circonstance est la broncho-pneumonie, — qui peut tuer l'enfant pour son propre compte, en dépit de toute intervention laryngée.

4) *Enfin et surtout,* d'après l'opportunité de l'intervention, question que nous traiterons plus en détail au chapitre du traitement.

Quant à poser un pronostic d'ensemble sur l'affection qui nous occupe, il est à peu près impossible de le faire — les cas de gravité moyenne — et n'ayant pas nécessité d'intervention n'étant pas en général publiés.

DIAGNOSTIC

Positif. — Il ne faut pas compter sur l'examen laryngoscopique, toujours très difficile chez l'enfant, — et qui de plus pourrait être ici très dangereux, en augmentant le spasme. — Tout au plus, pourra-t-on, en déprimant profondément la base de la langue à l'aide d'un abaisse-langue — apercevoir l'épiglotte (procédé de l'épiglotte) et l'entrée des voies respiratoires et constater qu'il n'existe à leur niveau aucune fausse membrane.

L'important est de bien voir la gorge de l'enfant, il faut faire vite et bien en s'éclairant commodément, car de ce coup d'œil jeté sur les amygdales et le pharynx dépendent le diagnostic, le pronostic et une partie du traitement.

DIFFÉRENTIEL

A) *Diphthérie.* — C'est là le premier point essentiel à établir. — Si l'examen de la gorge révèle des fausses membranes, — le diagnostic de diphthérie est cliniquement établi. Mais si la gorge est intacte sans rejeter d'une façon absolue le diagnostic de croup d'emblée, on aura cependant bien des chances pour être en présence d'un cas de laryngite striduleuse.

C'est alors qu'on complètera le résultat de cet examen par les renseignements suivants : notion de contagion par un frère, — un enfant ami ou de voisinage, présence ou absence de ganglions sous-maxillaires, de jetage, — d'un aspect général mauvais, etc.

En cas de moindre doute d'ailleurs nous verrons au traitement qu'il est toujours plus prudent de pratiquer une injection de sérum.

B) *Abcès de l'amygdale ou péri-amygdaliens* — abcès latéro et surtout *rétro-pharyngiens.*

C'est là dans la première enfance la source des erreurs les plus grossières, mais il suffit d'y penser, — et de toujours en cas de dyspnée chez un enfant, — explorer avec le doigt le fond de la gorge.

C) *Corps étrangers du larynx.* — Mais ici le tirage, au lieu de s'installer progressivement, — est survenu d'un seul coup au milieu d'un brusque accès de suffocation.

Telles sont les trois causes principales — qu'il faut éliminer d'emblée : plus rarement, on devra songer aux accidents spasmodiques de l'adénopathie trachéo-bronchique — aux papillomes du larynx — qui peuvent rester longtemps latents — et se révéler subitement par un accès de faux-croup (1) — aux accidents de la syphilis héréditaire précoce ou tardive — et qu'un traitement intensif serait susceptible d'enrayer —, etc., etc ..

TRAITEMENT

(A). *Médical.*

En présence d'un enfant qui a un tirage permanent et accentué — le premier soin du médecin doit être de pratiquer une injection de sérum antidiphthérique. — En raison de l'incertitude du diagnostic — dans bien des cas, et de l'innocuité absolue de ces injections — nous croyons qu'il y a tout intérêt à le faire, pour le petit malade et pour le médecin traitant : celui-ci sera en effet volontiers accusé de négligence grave si des complications surviennent — et on ne manquera pas d'imputer celles-ci à ce fait que l'enfant n'a pas été injecté. — On préviendra cependant la famille que cette piqûre sérique n'est ici qu'un excès de précaution — et que l'état de l'enfant peut nécessiter d'un moment à l'autre une intervention sérieuse. Tout enfant *en état de tirage doit être surveillé jour et nuit d'une façon constante.*

Quant au traitement proprement dit — il comprend plusieurs méthodes classiques, mais d'une efficacité douteuse : les compresses chaudes au devant du cou sont employées fréquemment, elles tiennent mal d'habitude autour des cous gras et courts des petits enfants. — Les médicaments calmants sont utilisés : nous avons employé successivement le chloral, le bromure, l'antipyrine, — le chlorure de calcium préconisé récemment par Netter dans toutes les affections spasmodiques de l'enfance, etc..., sans succès. — Variot recommande la codéine (1 centigramme par 24 heures chez les enfants au-dessous d'un an — 2 centigrammes chez les enfants de 3 ans et au-dessus. —) Au moins pour satisfaire la famille par l'administration d'une potion — on pourra prescrire la potion de Marfan.

Bromure de potassium...	5 gr.		Sirope de fleurs d'oranger.	50 gr.
Antipyrine.....	10 gr.		Eau distillée, q. s. pour	150 gr.
2 à 6 cuillerées à café par jour.				

(1) Touchard rapporte dans sa thèse le cas d'un enfant qui fut conduit deux fois à l'hôpital Trouseau — et deux fois trachéotomisé au pavillon de diphthérie : à la mort causée plus tard par une broncho-pneumonie — on constata sur les cordes vocales l'existence de végétations polypiformes.

De préférence à ces moyens nous préconisons dans le faux-croup grave deux méthodes faciles à employer dans n'importe quel milieu :

1) *Les enveloppements humides du thorax* — avec épauières, de façon à ce que toute la base du cou soit également enveloppée. — Si l'enfant a 39° — cet enveloppement sera fait froid (18°) : au-dessous de 39° ou s'il n'a pas de température — on emploiera l'enveloppement tiède. — Ces compresses tièdes ou froides seront laissées une heure en place, elles seront renouvelées aussi souvent qu'on le jugera utile : elles ont une action très nette sur la dyspnée et surtout sur l'agitation. — Les enfants s'endorment volontiers dans leurs enveloppements — quelques-uns en éprouvent un tel soulagement qu'ils les réclament d'eux-mêmes.

2°) Le séjour dans une chambre chargée de vapeurs humides a une importance capitale, bien connue aujourd'hui — dans le traitement des dyspnées laryngées.

On le réalise en plaçant l'enfant dans une chambre petite — ou à défaut en tendant un drap au dessus de son lit ; sous cette tente improvisée on maintiendra en permanence une ou deux bouilloires sur des lampes à alcool : l'air que respire l'enfant est ainsi promptement saturé de vapeurs d'eau — et ces vapeurs humides ont l'effet le plus heureux et souvent le plus rapide sur le spasme glottique. — On peut ajouter des substances médicamenteuses (créosote, feuilles d'eucalyptus, teinture de benjoin, etc....) à l'eau en ébullition.

Cependant, il est des cas — où tous ces moyens médicaux échouent — et où l'état de l'enfant est tel qu'il faut se résoudre à une intervention par le tubage ou la trachéotomie.

2) Traitement opératoire.

1) *A quel moment faut-il intervenir ?* — Il est des cas malheureusement non douteux — où l'on est appelé près d'un enfant en état asphyxique — et où la discussion ne se pose pas. — En dehors de ces cas la décision à prendre est toujours très délicate : elle doit varier suivant la clientèle d'hôpital, de ville ou de campagne. — les ressources opératoires dont le médecin dispose, — et en un mot suivant chaque cas observé. — Aussi est-il impossible de formuler une règle générale : nous dirons cependant qu'en présence d'un tirage accentué, — si l'on a la ressource de pouvoir tuber, — on le fera le plus tôt possible, — la plus grande difficulté et le plus grand danger du tubage étant de le pratiquer à la période asphyxique. — Si l'on doit employer la trachéotomie, — on ne doit pas quitter l'enfant tant que sa dyspnée n'est pas calmée, — et l'on se tiendra prêt à intervenir aux premiers signes de la période asphyxique.

2) *Quel procédé choisir ?* — Tubage ou trachéotomie ? La question nous semble devoir être résolue de la façon suivante :

A l'hôpital — parfois en clientèle de ville — le tubage doit être au moins essayé, — et encore avec les réserves qu'on trouvera exposées plus loin.

En clientèle de campagne il n'y a pas à hésiter, c'est la trachéotomie qui doit être employée.

En dehors même de la difficulté habituelle que le tubage présente pour les médecins. — qui n'en ont pas la pratique courante, — il a de plus ici deux inconvénients sérieux :

1) Un enfant tubé en effet ne doit pas être quitté un seul instant : or tout le monde est d'accord pour reconnaître que dans le cas de laryngite striduleuse grave, — le tube doit être conservé plus longtemps (1) que dans la diphtérie

laryngée — 5, 6, 7. jours et plus — il est également rejeté plus facilement, et chaque détubage accidentel peut être suivi d'un accès de suffocation mortel. — C'est donc l'immobilisation forcée d'un médecin pendant une semaine environ auprès d'un enfant.

2) La présence d'un tube dans le larynx, et particulièrement d'un tube long — venant continuellement irriter la muqueuse sous-glottique — point de départ du réflexe — ne fait qu'augmenter les lésions de cette région (1), — et par suite entretenir le spasme. — C'est la raison qui a fait préférer la trachéotomie au tubage à nombre d'opérateurs dans le traitement des laryngites graves de la rougeole.

La trachéotomie a l'avantage au contraire de mettre très nettement au repos la glotte et la région hypoglottique, et de fait le spasme cède en général beaucoup plus vite après la trachéotomie qu'après le tubage. — Elle ne nécessite pas en outre une surveillance continue — car même dans les cas exceptionnels où l'enfant se décanule — une personne de l'entourage, avec un peu de sang-froid peut toujours replacer la canule. — Et enfin, elle a l'immense avantage de pouvoir être pratiquée dans n'importe quel milieu. —

Aussi pour toutes ces raisons — et en dehors de la pratique hospitalière — devons-nous la préférence à la trachéotomie sur le tubage : à ne pas hésiter à la pratiquer, le médecin aura le plus souvent la profonde satisfaction de rendre à sa famille en 24, 48 heures — jouant sur son lit et entièrement guéri — un enfant qu'on lui aura confié en état d'asphyxie imminente, — parfois même de mort apparente (2).

Figures Médicales Tourangelles

AVANT-PROPOS

PAR M. LOUIS DE GRANDMAISON

[Nous publions ici ces quelques pages que M. Louis de Grandmaison, président de la Société archéologique de Touraine, a écrites comme avant-propos au livre de notre collaborateur le Dr Louis Dubreuil-Chambardel : Figures Médicales Tourangelles, 1 vol, in-16. Tours, Péricat, éditeur, rue de la Scellerie, 23].

La Touraine occupe dans l'histoire des lettres et dans celle des arts une place importante. Elle peut revendiquer avec fierté quelques-uns des plus grands maîtres de la littérature française, notamment Rabelais, Racan, Descartes, Alfred de Vigny et H. de Balzac. Elle fut, aux xv^e et xvi^e siècles, un foyer de renaissance artistique ; il suffit, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur les admirables châteaux des bords de la Loire et de rappeler les noms des sculpteurs, Michel Colombe, Guillaume Regnault et les Juste, ceux des peintres Bourdichon, Fouquet et Clouet.

A côté des littérateurs et des artistes, dont il vient d'être question, cette province a également donné le

peut faire cesser le spasme par dilatation progressive, — à la façon d'un dilateur de sphincter ordinaire. — La plupart des muscles dont l'action synergique réalise la fermeture de la glotte — sont situés à l'extérieur du squelette cartilagineux (Variot.)

(1) On connaît aujourd'hui la fréquence et la gravité de certaines laryngites traumatiques consécutives au tubage, — et dont quelques-unes se terminent par un rétrécissement cicatriciel.

(2) Pendant que l'enfant sera tubé ou trachéotomisé il sera indiqué de continuer les enveloppements humides et les vaporisations d'eau. De même il sera prudent ensuite de faire examiner cet enfant au point de vue végétations adénoïdes, — afin de lui éviter une cause possible de récives.

(1) Ce serait en effet une erreur anatomique de croire que le tube

jour à des savants et notamment à des médecins distingués. Cependant, si on demande à la plupart de nos compatriotes, même instruits, quels sont les grands médecins tourangeaux, ils se bornent le plus souvent à citer les trois noms de Bretonneau, Velpeau et Trousseau, dont le monument s'élève au milieu d'un des squares de la ville de Tours. Dans les pages qui suivent, le docteur Louis Dubreuil-Chambardel nous fait connaître, par de consciencieuses et précieuses biographies, ceux de nos contemporains, — trop ignorés de leurs compatriotes, — dont les découvertes ont marqué des progrès dans les sciences médicales. C'est là une œuvre utile et véritablement patriotique, en tête de laquelle l'auteur a désiré voir rappeler brièvement les travaux de quelques-uns des médecins des siècles passés, dont la Touraine peut s'enorgueillir.

Le plus illustre est incontestablement Rabelais. Quoique sa gloire littéraire ait rejeté dans l'ombre ses travaux scientifiques, il ne faut pas cependant oublier qu'on lui doit, notamment, une édition de quelques livres d'Hippocrate et de Galien (1532). Bien plus, dans son immortel *Pantagruel*, l'illustre satirique a consacré à la description anatomique de l'homme deux chapitres entiers, qui prouvent des études approfondies. Jusqu'à ces derniers temps, ce texte n'avait pas été compris des commentateurs, mais le docteur Ledouble l'a savamment interprété dans son beau travail, *Rabelais anatomiste et physiologiste* (1899). Avec sa haute compétence, l'éminent professeur a mis en relief les découvertes et la science de Maître François, qu'il considère à juste titre comme « une des personifications les plus éclatantes de la Touraine, une des plus rayonnantes manifestations de son génie médical ». Nous savons, du reste, par le témoignage d'Étienne Dolet, que Rabelais professa l'anatomie et disséqua le corps humain pendant qu'il était médecin en chef à l'hôpital du Pont-du-Rhône, à Lyon. Il fut même, selon le professeur Ledouble, un des premiers à faire des démonstrations sur le cadavre et à vanter l'utilité des dissections.

Un contemporain et un compatriote de Rabelais, probablement comme lui, docteur de la Faculté de Montpellier, Martin Grégoire, dont M. Bouffineau vient de retracer la biographie dans une très intéressante *Notice* (1904), mit en latin divers ouvrages de Galien et donna, en 1549, la première version française des *Quatre premiers livres de la Composition des médicaments* du même auteur, pendant qu'un autre Tourangeau, l'avocat Jean Brèche, traduisait, également pour la première fois en notre langue, les *Aphorismes* d'Hippocrate (1550).

Au siècle suivant, bien que, comme Brèche, il ne fut pas médecin, il est impossible d'omettre Descartes, qui parmi ses ancêtres comptait Jean Ferrand,

de Champigny-sur-Veude, médecin d'Éléonore d'Autriche et auteur d'un traité *De nephritis et lithiasis seu de renum et vesicæ calculi definitione*, qui eut au moins deux éditions en 1570 et 1601. Descartes s'adonna, en effet, aux études médicales et aurait même, dit-on, disséqué ; c'est à lui qu'on doit la découverte des actions réflexes et de l'automatisme. Il est l'auteur de deux très intéressants traités intitulés : *De l'homme* et *De la formation du fœtus*, qui furent publiés après sa mort par Clerseilier avec des remarques et des planches dues à un médecin de La Flèche, Louis de La Forge (1). Une traduction latine du premier traité fut imprimée à Leyde, peu de temps avant l'apparition du texte français ; elle était due à Florent Schuyt, professeur de philosophie à Bois-le-Duc (2) ; on lit au bas d'une des planches, qui accompagnent cette traduction (p. 25), la mention suivante : *Figura musculi secundum antographum* (sic) *Des Cartes delineata*, ce qui prouve que le philosophe avait dessiné lui-même au moins certaines des planches anatomiques, qui devaient illustrer son livre. La préface mise par lui en tête du traité *De la formation du fœtus*, intitulé également *Description du corps humain et de toutes ses fonctions*, commence par ces mots : « Il n'y a rien à quoy l'on se puisse occuper avec plus de fruit, qu'à tascher de se connoistre soy-mesme ; et l'utilité, qu'on doit espérer de cette connoissance, ne regarde pas seulement la Morale, ainsi qu'il semble d'abord à plusieurs, mais particulièrement aussi la Médecine ; en laquelle je crois qu'on auroit pu trouver beaucoup de préceptes très-assurez, tant pour guérir les maladies, que pour les prévenir, et mesme pour retarder le cours de la vieillesse, si on s'estoit assez étudié à connoistre la Nature de nostre Corps, et qu'on n'eust pas attribué à l'Ame des fonctions qui ne dépendent que de luy, et de la disposition de ses organes ». Aussi Huxley n'a pas craint de ranger « Descartes au nombre des physiologistes, qui méritent une place distinguée à côté de celui qui a rendu son nom immortel en démontrant la circulation du sang chez l'homme et chez les animaux (3) ». On ne s'étonnera donc pas de voir rappeler ici le nom de l'illustre philosophe.

Cinq ans après la mort de Descartes, le médecin chinonais Claude Quillet publiait, sous le pseudonyme de Calvidius Letus, un curieux poème latin, intitulé : *Callipœdia, seu de pulchrae prolis habenda ratione*, œuvre à la fois littéraire et scientifique. Quillet avait encouru la disgrâce de Richelieu pour son attitude dans l'affaire des Ursulines de Loudun et

(1) Paris, Th. Girard, 1664, in-4.

(2) Lugduni Batavorum, ex officina Hackiana, 1664, in-4. D'après Brunet, certains exemplaires portent la date de 1662.

(3) Cf. Ledouble, dans *Gazette médicale du Centre*, 4^e année, 1899, p. 180.

avait dû quitter Chinon pour échapper à un décret de prise de corps lancé contre lui par Laubardemont. Certains passages de la *Callipédie*, peu favorables aux Italiens, faillirent lui attirer la colère de Mazarin ; mais l'auteur fit à son œuvre diverses additions et suppressions, rentra en grâces et dédia la seconde édition de son livre au puissant cardinal.

Victor Pallu, contemporain de Quillet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, appartenait à une famille qui a donné : deux maires de Tours, dont le second, jurisconsulte distingué, commenta la *Coutume de Touraine* ; un pieux missionnaire au Siam et en Chine, qui fut l'un des fondateurs du séminaire des Missions étrangères ; plusieurs jésuites, dont l'un prédicateur éloquent eut l'honneur de prêcher devant Louis XIV. Victor était chanoine prébendé de Saint-Martin de Tours ; il devint médecin du Comte de Soissons, tué à côté de lui à la bataille de la Marfée ; lié avec Saint-Cyran, il se retira à Port-Royal, où il mourut en 1650. Fontaine, dans ses *Mémoires pour servir à l'histoire de Port-Royal*, écrit de lui : « On avait presque de la joie de tomber malade afin d'avoir le plaisir de jouir de ses entretiens. Car on le désirait encore plus, sans comparaison, pour l'agrément de ses conversations que pour l'utilité de ses ordonnances » (1). L'année même de sa réception comme docteur (1630), Victor Pallu publia, sous le titre de *Studium medicum ad lauream scholæ Parisiensis emensum*, une sorte de cours de médecine, réunion de ses thèses et de ses discours pendant qu'il étudiait à Paris.

Avec Laurent Féau, autre médecin tourangeau, docteur de la Faculté de médecine de Montpellier, il prit part à une querelle, qui fit alors beaucoup de bruit, sur la question de savoir si Galien autorisait l'usage de la saignée. Féau soutenait la négative ; Pallu prétendait, au contraire, que le médecin grec permettait l'emploi de ce procédé thérapeutique dans quelques maladies (2).

A la fin du XVII^e et au commencement du XVIII^e siècle, on peut citer Jacques Du Poirier l'aîné, originaire d'Amboise, docteur de la Faculté de Montpellier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Tours ; il possédait une belle collection de manuscrits, dont Montfaucon a publié le catalogue (3).

Plus tard, nous trouvons Jean-François Guillon-Duvergé, médecin du Roi, inspecteur des hôpitaux

militaires de la généralité de Tours, qui le premier, semble-t-il, s'occupa des conditions hygiéniques de notre ville ; il publia, en 1774, un *Mémoire topographique, physique et médicinal ou Traité sur la situation de la ville de Tours, sur la nature de son sol, sur les qualités de l'eau et de l'air, sur la nourriture, le tempérament, le caractère, les maladies de ses habitants et des troupes qui y sont en garnison*.

Le chirurgien Heurteloup, né en 1750, servit dans les armées de la République, puis devint directeur et inspecteur général du service de santé de la Grande Armée et fut créé baron par Napoléon, qui reconnaissait ainsi les services éminents rendus par notre compatriote dans les campagnes d'Allemagne et d'Autriche. Heurteloup sut s'entourer, dans la tâche délicate qu'il assumait, de collaborateurs précieux, parmi lesquels plusieurs Tourangeaux qui devinrent ses élèves ; nous citerons Félix Herpin, de Bréhémont, qui donna la première description classique des *Méningites*, et Chaumeton, de Chouzé-sur-Loire, l'auteur de la *Flore Médicale*. Lui-même écrivit peu ; il a laissé cependant un *Précis du Tétanos des adultes* qui fait autorité et mourut en 1812, alors qu'il préparait une traduction française du *Traité des Anévrysmes* de Scarpa.

Il faut signaler également les Gendron : le père, Pierre-André, natif de Bueil, auteur d'importants mémoires ; les deux fils Esprit et Édouard, l'un et l'autre membres correspondants de l'Académie de Médecine, et dont le premier est surtout connu par ses découvertes sur la contagion de la dothinentérie.

Avec ces derniers, et avec Georget, né à Vernou en 1795, nous entrons dans la période sur laquelle resplendit le grand nom de Bretonneau. Georget fut l'un des créateurs de la neuropathologie ; un des premiers il individualisa cette partie des sciences médicales. On lui doit un *Traité de la folie* et une *Physiologie du système nerveux*. Dans les *Archives générales de médecine*, dont il fut un des fondateurs, il défendit les idées de Bretonneau et de ses élèves.

Originaire de Saint-Georges-sur-Cher, où il naquit, alors que cette paroisse faisait partie du diocèse de Tours, Bretonneau appartenait, comme l'a démontré ailleurs le docteur L. Dubreuil-Chambardel (1), à une famille entièrement tourangelle et vouée à l'étude de la médecine depuis plusieurs siècles. Par une conception de génie, il établit la doctrine de la spécificité et de la transmission parasitaire des maladies contagieuses, révolutionnant ainsi le cours des idées scientifiques et ouvrant à la médecine une voie nouvelle, qui a été féconde en résultats pratiques.

Par ses recherches mémorables à l'Hospice général de Tours, dont il était le médecin en chef, il traça le

(1) Cf. A. G. Pallu de Lessert, *Essai sur la famille Pallu*, 2^e fascicule, p. 29 et 30 (Paris, A. Pedone, 1907).

(2) L'ouvrage de Pallu a pour titre : *Quæstiones medicæ tres ; prima est, de qua lis magna hodie movetur, an ἐπιχειρησῶν lex a Gal. lata 9 Therapeut. excludat omnem omnino phlebotomiam et catharsim ? altera an... (1642). Celui de Féau est intitulé : *Tractatus de Epicrasi dux partes ; prima demonstrat ἐπιχειρῶν, juxta Galeni mentem, omnem phlebotomiam ac catharsim excludere...* (1644).*

(3) Nous remercions M. Boutineau, qui prépare un grand travail sur les médecins tourangeaux et qui a bien voulu nous communiquer ses notes relatives à Du Poirier et à Duvergé.

(1) *Les Ancêtres de Bretonneau*, 2^e édition, 1 vol, Paris, Maloine, 1905.

tableau clinique de la « diphtérie » et de la « dothientérie » et donna de ces maladies une description, qui n'a pas été ébranlée. Son intéressante correspondance, qui permet de suivre ses découvertes en quelque sorte pas à pas, a été publiée, il y a quelques années (1892), par le docteur P. Triaire, membre correspondant de l'Académie de Médecine, sous le titre : *Bretonneau et ses correspondants*. Elle nous le montre au milieu de ses élèves, qui nés, comme lui, en Touraine, répandirent et vulgarisèrent ses doctrines.

Les plus connus sont le chirurgien Velpeau, l'illustre auteur des *Traité d'Anatomie chirurgicale* et de *l'Art des Accouchements*, et le médecin Trousseau, dont l'enseignement à l'Hôtel-Dieu de Paris eut un si vif éclat et dont les *Cliniques* demeurent encore classiques, ainsi que son *Traité de Thérapeutique*. A côté d'eux, et avec non moins d'autorité, les savants aliénistes Baillarger, de Montbazou et Moreau, de Tours, véritables créateurs, fixèrent pour longtemps les cadres de la pathologie nerveuse et défrichèrent avec succès le vaste champ de la psychologie morbide. Parmi les autres disciples du Maître, ce sont Gouraud et Cottureau, agrégés de la Faculté de Médecine de Paris; puis Tonnellé, Frédéric Le Clerc, Saturnin Thomas, qui, dès le début de sa fondation, donnèrent à l'Ecole de Médecine de Tours une réputation scientifique, qui ne s'est pas démentie jusqu'à présent.

Les élèves de Bretonneau nous conduisent à la génération contemporaine, à celle de Duclos, de Lunier, de Vidal, de Labbé, d'Archambault, qui tous ont laissé un nom dans l'histoire médicale, à celle même de Beaunis et de Marchand dont on trouvera ci-dessous les biographies.

Ce coup d'œil rapide sur quelques-uns des principaux médecins tourangeaux que, malgré notre incompetence, nous n'avons pas su refuser à l'amicale insistance du docteur L. Dubreuil-Chambardel, n'a guère d'autre mérite que celui d'attirer l'attention sur la suite ininterrompue de savants distingués que la Touraine a produits dans les derniers siècles. Bien d'autres noms auraient pu trouver place ici, mais nous avons dû nous borner à rappeler les plus illustres. Ces quelques lignes suffiront pour montrer que nos compatriotes, dont la vie et les travaux sont résumés dans les pages suivantes, ont eu des ancêtres, qui comme eux se vouèrent avec passion à l'étude des sciences médicales et préparèrent la voie aux progrès réalisés de nos jours.

Louis de GRANDMAISON.

Actualités Médicales

Encore la responsabilité du médecin

« En vérité je vous le dis, si un de nous, mes chers confrères, était accusé d'avoir mis " LA SAVOYARDE " dans sa poche, il n'aurait qu'à passer la frontière au plus vite ».

Nous savons tous, que si par malheur nous n'avons pas " fait passer le lait " à nos accouchées et que si nous avons omis de prescrire, en l'occurrence, la tisane de pervenche ou de reine-des-prés, nous serons tenus pour responsables de tous " les laits tournés " de la dite accouchée, et de sa descendance jusqu'à la quatrième génération au moins.

Un monsieur multimillionnaire, qui porte en outre le nom d'une pastille fort tapageuse, offre au directeur de l'Assistance publique la forte somme pour subventionner une commission *extra médicale* (je vous prie de le croire!) destinée à contrôler " *Gesta medicorum per clientes* ".

Ladite commission aura donc pour objet de poursuivre et décider à poursuivre devant les tribunaux tous les médecins dont les clients ne seront pas contents.

Et je vous promets qu'il va en tomber dans nos cabinets des collections de papiers d'huissier!

Ce Monsieur " Pastille " vient aussi d'écrire un ouvrage au titre alléchant de « DÉFENDS TA PEAU CONTRE TON MÉDECIN » et nous envoie gratuitement à nous autres morticoles un tableau analytique des chapitres de ce volume à 3 fr. 50, qu'ils se sont mis à deux pour écrire.

Je me suis contenté de la lecture de cette analyse sommaire des chapitres et j'en frémis encore! que serait-ce, grands dieux! si j'avais eu l'audace de lire l'ouvrage *in extenso*.

Nous avons tous d'après le *chapitre I*, une tare d'origine; et la profession médicale est un « NÉPOTOIR !! » (*Eh! vas-y donc Bon...dy*).

Le *chapitre II* prétend que nous avons le « DROIT DE TUER » (merci mon Dieu!), c'est la première fois qu'on nous sert cette maxime qui me remet en mémoire un quatrain de Boileau :

« Ton oncle, dis-tu, l'assassin,
M'a guéri de maladie.
La preuve qu'il ne fut jamais mon médecin
C'est que je suis encore en vie. »

C'est à l'hôpital qu'on nous apprend ce droit; et aussi les auteurs crient à tue-tête: « Gare à la mort! sauve qui peut! ».

Aussi la conclusion de ce chapitre est que, pour payer les actes des médecins, on devra choisir des juges et des experts impartiaux, une danseuse d'opéra et un professeur de spéciales, mais surtout jamais de médecins, car un BARBIER RASE L'AUTRE.

Eh! va donc, ma vieille Pastille!

Au *chapitre III* nous sommes « à l'envers de l'hôpital » et on voit dans « la coulisse » l'exercice de la médecine vu du côté « médecin », c'est-à-dire « le cynisme des Etudiants et celui de leurs Maîtres, qui comme les petites folles de celles de l'Opéra, rient des misères de l'humanité.

On nous montre au *chapitre IV* comment le médecin « tond la bête et coupe la queue » et on nous y traite de « Castor et Compagnie » et « entre les lignes de nos travaux scientifiques il y a un sens pratique qu'il faut savoir y lire ».

Eh bien! et dans votre livre, messieurs Pastille et Compagnie.!

Chapitre V. — Entrez, mesdames et messieurs, vous y

verrez « l'âne vêtu de la Peau d'un Lion ». C'est là où nous sommes disséqués et où on va nous réformer nos programmes d'études, on va nous apprendre que « la clinique, le stage, l'externat, l'internat, tout cela ne vaut pas le P. C. N. Vivent les sciences physiques et naturelles ! et tant qu'on ne remplacera pas les formules thérapeutiques par des formules algébriques, et qu'on n'aura pas supprimé la thèse, (je ne demande pas mieux) nous serons des diplômés incapables, recrutant la clientèle des médecins praticiens exercés ou simplement renommés. » ???

(C'est entre les lignes de cette phrase qu'il serait bon d'apprendre à lire, car du diable si je comprends ce que parler veut dire).

Dans le *chapitre VI*, il est question « de mari complaisant », de « duel au cabanon » et les auteurs nous montrent comment « on arrive au crime sur la pente de l'immoralité médicale » ???!!

Il est prouvé aussi, dans ce même chapitre, que le médecin « doit abandonner ses chères radiations » à des non-médecins, autrement nous sommes des « accapareurs qui posons zéro.... et retenons tout ». C'est très fort comme déduction !

Le *chapitre VII* émet un tas de conclusions : vivent les sciences exactes, le contrôle, la justice ! et c'est en nous mettant en prison, en nous demandant de forts dommages intérêts et au besoin en nous coupant le cou, qu'on nous apprendra sinon à vivre, du moins « à devenir capables et consciencieux et aptes à pratiquer l'Art de guérir, comme un sacerdoce et non plus comme une basse profession. »

Et voilà !

C'est évidemment moins spirituel que du Molière. Après la comédie, le tragique.

Le directeur de l'Assistance publique a trouvé que les prétentions de monsieur Soller à créer moyennant une somme variant de « UN A NEUF MILLIONS » un « Comité de salut public contre les médecins et chirurgiens des hôpitaux » était au moins prématuré.

L'affaire viendra devant le Conseil municipal de Paris et je ne serais pas autrement surpris qu'il en sortît quelques mesures dont nous n'aurons pas à nous féliciter, car en ce moment nous n'avons pas une bonne presse

Aussi « sentons-nous les coudes et défendons-nous ».

D^r LÉON LERICHE.

L'évolution de la Prostitution en France

Par le D^r FÉLIX REGNAULT, de Paris,
Professeur au Collège libre des sciences sociales.

En France, comme dans tous les pays à réglementation, la grande querelle entre les réglemmentistes et les abolitionnistes domine aujourd'hui la question de l'assainissement de la prostitution. Leurs disputes remplissent les sociétés savantes, les congrès, les revues, et, comme toujours, aucun des deux partis n'arrive à convaincre son adversaire.

Les réglemmentistes invoquent avant tout le simple bon sens : vous enfermez les prostituées malades et les forcez à se soigner ; pendant ce temps elles ne peuvent contaminer personne ; si faible que soit le nombre de celles qu'on enferme, il est clair que c'est toujours autant d'acquis.

A quoi objectent les abolitionnistes que tout règlement a des résultats complexes. On l'établit le plus souvent dans un but immédiat bien évident. Quand on l'applique, des conséquences imprévues apparaissent : en inscrivant la fille publique, l'État semble en garantir la santé ; aussi les clients sont-ils plus nombreux et prennent-ils moins de précautions. La fille en carte fuit le dispensaire et devient clandestine sitôt qu'elle se sent malade. On ne songe pas à améliorer les services et les consultations hospitalières parce

qu'on se fie aux soins obligatoires donnés dans les hôpitaux-prisons, etc.....

Je passe sur la foule d'autres arguments d'ordre sentimental, juridique et social.

Le plus curieux est l'usage que les deux partis ont fait de la statistique, chacun y trouvant des preuves à l'appui de sa théorie.

Pour les réglemmentistes, les filles clandestines sont les plus dangereuses, et les maisons publiques donnent le plus de sécurité ; les abolitionnistes professent une opinion contraire.

Devant les affirmations contradictoires, la plupart des syphiligraphes restent incertains ; certains même dément aux statistiques toute valeur.

On les comprendrait pourtant fort bien si on se reportait au travail déjà ancien de Schperk, de Saint-Petersbourg. Cet auteur avait compris l'insuffisance des statistiques établies jusqu'alors : on comptait simplement le total des filles reconnues syphilitiques dans l'année, sans tenir compte de leur âge, de l'époque à laquelle elles avaient débuté, etc..... Schperk établit des fiches individuelles : sur chacune il relate l'histoire de la fille, sa vie génitale, ses maladies, les soins qu'elle avait reçus, etc.....

Il démontra alors ce fait de simple bon sens que les femmes de maison sont d'autant moins syphilitiques qu'elles sont plus âgées.

En effet on n'attrape qu'une fois la syphilis. Or, presque toutes les filles débutent jeunes, elles contractent très rapidement le mal, sont dangereuses tant que dure la période des accidents contagieux, puis ensuite sont immunisées et n'offrent plus de danger.

Une telle constatation aux yeux du médecin est une vérité de La Palice. C'est pourtant en l'ayant toujours présente à l'esprit dans l'analyse des faits qu'on parvient à les comprendre aisément.

Prenez la fille qui exerce isolée : si elle est jeune, qu'elle soit clandestine ou en carte, elle est dangereuse, car il y a grande chance qu'elle soit dans la période active de la syphilis.

La période des accidents contagieux passée, la fille n'est plus dangereuse, qu'elle soit clandestine ou soumise.

Il en est de même pour les filles réunies en maison ; mais ici il s'exerce une sélection variant suivant les maisons publiques. Ce qui fait que leur degré de sabubrité est des plus variables.

Jusqu'en ces dernières années, les maisons publiques recherchaient un personnel jeune, c'est en effet le mieux achalandé : dans ces conditions il n'était pas étonnant qu'elles fussent fort dangereuses.

Le danger était d'autant moindre que les visites étaient mieux faites, que par conséquent on soignait un plus grand nombre de pensionnaires syphilitiques.

Plus le chiffre de maladies constatées était élevé, mieux la santé des clients était sauvegardée ; or, on a en général interprété la statistique d'une façon inverse.

Mais si rigoureuse que soit l'inspection sanitaire, le danger ne peut être supprimé ; en effet, quand la femme sort de l'hôpital, elle n'est que blanchie et elle exerce dans cet état son métier ! Elle peut contagionner bien des clients avant qu'on la reconnaisse à nouveau malade.

Par contre, une maison qui n'aurait que des pensionnaires vieilles dans le métier présenterait une sécurité à peu près absolue. (1)

(1) De plus ces femmes ont contracté des habitudes de propreté, ce qui est une garantie ; car une femme, même vaccinée contre la syphilis, peut communiquer cette maladie si elle est sale. Elle prend à un client le tréponème pâle, le garde dans son vagin et le communique à un successeur.

Le fait peut se présenter : certaines tolérances de petites villes destinées aux soldats, clientèle peu délicate et payant mal, n'ont que des pensionnaires âgées, le rebut des autres maisons.

Les explications qui précèdent nous permettront de comprendre la remarquable évolution qui s'accomplit actuellement dans la maison publique parisienne.

Alors qu'autrefois au temps de Parent Du Chatelet et de Reuss, le pourcentage des femmes syphilitiques était plus élevé que chez les filles libres ; il est depuis cinq ans extraordinairement réduit. Et même depuis 1903, la statistique n'accuse plus aucun cas.

Ce fait a grandement étonné les syphiligraphes. Il est pourtant fort explicable. Autrefois, la police tolérait que les tenanciers engageassent des filles mineures, celles-ci, n'ayant pas encore la syphilis, la contractaient inévitablement.

Grâce à l'active campagne de la ligue contre la traite des blanches, depuis 1900 la police tient strictement la main à ce que les filles de maison soient majeures.

Les tenanciers sont donc forcés de s'adresser à des femmes plus âgées, qui ont déjà fait la vie, qui sont par suite vaccinées et ont pris des habitudes de propreté.

Et c'est justement quand l'hygiène de ces maisons s'améliore, qu'elles disparaissent ; chaque année leur nombre va diminuant.

Les deux faits dérivent de la même cause : les filles majeures deviennent exigeantes, refusent de s'astreindre à l'esclavage des maisons closes ; d'autre part, les clients, qui aiment la chair jeune, diminuent.

Dire que le nombre des maisons publiques diminue n'est pas rigoureusement exact ; il serait plus juste de parler de leur transformation. Elles ont été remplacées à Paris et dans bien des villes par des maisons de rendez-vous.

Celles-ci diffèrent des maisons closes en ce que la femme y est libre ; elle vient y passer la journée, sort le soir et ne couche pas.

La police a réglementé ces maisons et on a observé que leur état sanitaire est à peu près aussi bon que celui des maisons fermées ; car, là aussi, on interdit l'entrée des mineures. Une telle constatation doit faire disparaître tout regret relatif à cette transformation. C'est à tort que nombre de réglementistes voudraient ressusciter les maisons closes et demandent que les municipalités les favorisent, et même au besoin les subventionnent comme présentant les meilleures garanties de sécurité.

Cette prétention non seulement est irréalisable, car on ne peut lutter contre un fait d'évolution, mais elle n'est même pas souhaitable, puisque les maisons de rendez-vous offrent la même sécurité. Dans les villes qui ont un quartier réservé contenant toutes les maisons publiques, une transformation analogue s'opère. Les maisons closes se changent en maisons ouvertes ; c'est-à-dire en garni situé en quartier réservé. Le tenancier de maison ouverte se borne à louer la chambre avec nourriture à la fille ; il la laisse libre d'agir à son gré.

J'ai été le premier à étudier cette transformation à Marseille en 1891 et en ai montré toute l'importance au point de vue social. Depuis elle n'a fait que s'accroître et se généraliser à toutes les autres villes à quartier réservé.

La réglementation policière doit-elle disparaître avec la maison close pour laquelle elle avait été spécialement instituée ? Elle est actuellement fort battue en brèche. Plus ou moins consciemment on tend à la remplacer par la réglementation sanitaire.

C'est vers cette réforme que tend actuellement le Conseil municipal de Paris. Dans un vœu récent il demandait la

création d'un office sanitaire, le remplacement de la carte par un certificat de santé, et de l'hôpital-prison par un sanatorium.

Les avantages de la réglementation sanitaire sont évidents. La visite se pratiquerait de médecin à cliente, sans qu'un inspecteur s'interpose, aussi ne serait-elle plus regardée par la femme qui la subit comme déshonorante.

La carte sanitaire remplacerait celle de la police, elle serait délivrée par un médecin et reprise quand la malade est guérie ; par suite il n'y aurait plus d'inscription policière rendant tout autre métier impossible. La police spéciale des mœurs disparaîtrait. Sur l'ordre des médecins, les agents de police ordinaires rechercheraient les filles qui se soustraient à la visite et se refusent à entrer à l'hôpital.

On pourrait aller plus loin, à l'exemple du Danemark et de la Norvège, assimiler les maladies vénériennes aux maladies contagieuses, telles que scarlatine, diphtérie, etc.... et les soumettre aux mêmes obligations. Les prostituées rentreraient dans le droit commun. On leur appliquerait les mêmes règles qu'aux vénériens en général et à tous les contagieux.

Ces règles sont en Danemark, que : tout vénérien est tenu de se faire soigner, jusqu'à guérison complète. Il est astreint à entrer à l'hôpital pour se faire soigner, si sa situation est telle qu'il est à craindre qu'il ne communique son mal. Il est forcé d'y rester jusqu'à guérison.

En France, nous n'en sommes pas encore à ce stade d'évolution. On regarderait de telles mesures comme une violation de la liberté individuelle. Déjà la loi sanitaire du 30 novembre 1892, pourtant bien anodine, n'a pu entrer dans nos mœurs ; les municipalités elles-mêmes s'opposent trop souvent à la déclaration par le médecin des maladies contagieuses.

Ce n'est qu'avec le temps et surtout par l'éducation des jeunes générations, qu'on peut espérer une application efficace de la loi. A plus forte raison son extension aux maladies vénériennes ne pourra se produire que dans un lointain avenir.

Mais, dès à présent, le rôle du médecin s'affirme dans l'application de la réglementation aux prostituées. Son autorité doit se substituer à celle de la police ; c'est à elle de lui obéir, et non à lui de suivre ses injonctions. Ainsi le veut la logique, puisque cette réglementation vise exclusivement un but sanitaire.

Félix REGNAULT.

Le lecteur qui désirerait étudier ces questions dans tous leurs détails consultera le livre sur " *L'Évolution de la prostitution* " Paris, 1907. 4 vol. Flammarion, édit., 3. 50.

C'est là l'œuvre d'un sociologue et d'un anthropologiste, qui a su aborder ce délicat problème avec une largeur de vues et une richesse de documentation qui donnent à ses conclusions une portée considérable.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

Bibliographie

Figures Médicales Tourangelles (1)

par le D^r Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL

Nos lecteurs connaissent bien notre collaborateur le

(1) 4 vol. in-8 de XVI-452 pages et 12 portraits. Tours, Péricat, éditeur, rue de la Scellerie, 3 fr. 50.

D^r L. Dubreuil-Chambardel pour avoir souvent lu avec intérêt des articles signés de lui, tantôt sur l'anatomie, tantôt sur des sujets d'histoire médicale ou même d'archéologie pure.

Curieuse figure en effet que celle de notre jeune confrère qui mène, avec une activité inlassable et de front, des labeurs divers, entraîné par le tour même de son esprit naturellement curieux. Il suit ainsi respectueusement et de loin les traces de celui qui fut et reste son maître, le Professeur Ledouble, celui-là même qui pour se reposer de son grand travail « des Variations » expliquait en se jouant toute une partie restée incomprise de l'œuvre de Rabelais.

Comme le Professeur Ledouble, dans ses travaux historiques, c'est aux fils de sa petite patrie que Dubreuil-Chambardel consacre ses recherches.

Ledouble avait magnifié Descartes et Rabelais; Dubreuil, lui, s'attache d'abord à nous faire connaître les origines mêmes de Bretonneau.

Aujourd'hui, il réunit dans une élégante plaquette préfacée par M. de Grandmaison, le distingué président de la Société archéologique de Touraine, ses études sur les Médecins Tourangeaux vivants à l'heure actuelle après avoir déjà conquis la notoriété.

M. de Grandmaison et Dubreuil-Chambardel nous disent à l'envie que de tous temps la Touraine fut génératrice de savants et en particulier de médecins.

Nous savons tous qu'elle a eu la gloire de donner le jour à Bretonneau, Velpeau, Trousseau; nous savons moins, et M. Dubreuil fait bien de nous l'apprendre, qu'à l'heure actuelle même bien des noms illustres dans les revues médicales appartiennent à notre province.

Lisez ces Figures Médicales Tourangelles consacrées à Beaunis, Marchant, Boisseau, Tourlet, Raymond, Renaut, Ledouble, Cruet, Verneau, Blanchard, Moussu, et vous ne le regretterez pas.

Dans un style alerte et précis, vous trouverez silhouetés par notre confrère ces savants illustres ou modestes partis de notre Touraine, tantôt pour porter à Paris, Lyon, Grenoble, le fruit de leur enseignement, tantôt pour y revenir et y continuer à planter la bonne semence, celle dont germent de nouveaux chercheurs.

Je crois que nombre de confrères, nombre de Tourangeaux épris de tout ce qui glorifie « leur royale province » achèteront ce livre. La *Gazette Médicale du Centre* s'honore en tout cas de compter parmi ses collaborateurs un érudit comme le D^r L. Dubreuil-Chambardel, elle s'enorgueillit d'avoir souvent, la première, publié ses plus curieux travaux.

Nouvelles

MUSÉE D'ETHNOGRAPHIE DU TROCADÉRO.

Notre très distingué compatriote le D^r R. Verneau, assistant au Muséum et professeur à l'École d'Anthropologie de Paris, vient d'être nommé conservateur du Musée d'Ethnographie du Trocadéro. Il succède dans cet emploi au professeur Hamy et nous sommes certain qu'il saura maintenir cet établissement à la hauteur scientifique où son prédécesseur l'a placé. Aucun choix ne pouvait être plus heureux et mieux accueilli

ACADÉMIE FRANÇAISE

L'Académie Française vient de décerner une partie du prix Archon-Despérouses au délicat poète de ce charmant petit livre : *Ombres colorées*, M. Sylvain de Saulnay.

On sait que l'auteur n'est autre que notre compatriote, l'éminent professeur d'Anatomie générale à la Faculté de Médecine de Lyon, auquel nous adressons nos sincères félicitations.

D'ailleurs, il n'est pas le seul parmi nos grands médecins tourangeaux qui ait consacré à la muse les loisirs que lui laissait la science.

Le professeur Henri Beaunis n'a-t-il pas écrit, en 1859, il était alors attaché à l'armée d'Afrique, un petit drame en vers, *l'Italienne*, publié à Alger chez Duclaux, et depuis n'a-t-il pas donné une traduction en vers des *Suppliantes* d'Eschyle (Paris, Marpon et Flammarion, 1891) détachée d'une traduction complète du théâtre du grand tragique.

Et, d'autre part, le professeur Ledouble n'a-t-il pas composé des sonnets dont nous avons publié ici-même les meilleurs ?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le personnel des professeurs de la Faculté de Médecine de Paris vient de subir d'importants changements à la suite des récentes mutations et nominations.

Deux des chaires les plus considérables, celle d'anatomie et celle d'histologie, étaient vacantes par suite des décès des professeurs Poirier et Mathias Duval. Les compétitions étaient vives autour de ces chaires et on connaît les multiples incidents qui ont été soulevés. C'est le professeur Nicolas, professeur d'anatomie à la Faculté de Nancy, qui succède au professeur Poirier. A Mathias Duval succède le professeur Prenant, de cette même Faculté de Nancy. Nous nous félicitons de ce double choix, car il fait entrer à la Faculté de Paris deux anatomistes de carrière, qui se sont acquis par leurs travaux antérieurs une réputation légitime. Le professeur Nicolas a été le fondateur de *l'Association des Anatomistes*, qui a contribué si heureusement à promouvoir à Paris et en France un mouvement en faveur des études anatomiques, et dirige l'importante *Bibliographie anatomique*, qui est actuellement, chez nous, la seule revue spécialisée s'occupant de ces questions.

Le D^r Bar a été nommé dans la chaire de Clinique obstétricale, laissée vacante par suite du décès du regretté professeur Budin. Le D^r Quenu succède dans la chaire de Médecine opératoire, au professeur Segond, nommé professeur de Clinique chirurgicale. Le D^r Gilbert Ballet remplace le D^r Dejerine dans la chaire d'Histoire de la médecine. Le professeur Hutinel succède au professeur Grancher, démissionnaire, dans la chaire de Clinique infantile et est remplacé dans sa chaire de Pathologie par le professeur Déjerine.

SERVICE DE SANTÉ

Le docteur Testevin, médecin chef des salles militaires de l'Hospice général de Tours, est promu officier de la Légion d'Honneur. C'est la juste récompense des services éminents qu'il a rendus dans les différents emplois qui lui ont été confiés et surtout comme directeur de l'hôpital militaire de Tours qu'il a su réorganiser de si heureuse façon. La *Gazette médicale du Centre* lui adresse ses bien sincères félicitations.

CÉRÉBRINE, médicament spécifique de la migraine sous toutes ses formes. Agit spécialement contre les névralgies faciales, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et par dessus tout contre les coliques périodiques. Une cuillerée à soupe à tout moment d'un accès suffit.

Eug. FOURNIER et C^{ie}, 24, rue de St-Petersbourg, Paris (8^e).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

Examens du Certificat d'Études P. C. N.

Les examens pour le certificat d'études P. C. N. ont eu lieu les 16, 17, 18 juillet, sous la présidence de M. Schneider, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Poitiers.

33 candidats se sont présentés. Ont été reçus dans l'ordre :

M. Gaujard, avec la mention bien.

MM. Salmon, Badert, Bretegnier, Tarat, Dubois, M^{lle} Simon, MM. Monplaisir, Malet, Ramadier, Tenot, Michel, Moreau, avec la mention assez bien.

MM. Vérillotte, Séjault, Resmond, Sainmont, Roques, Mourlon, M^{lles} Maixandau, Gadrat, MM. Imbert, Lefort, Labbé, Palisson, Pépin, Apart, Latouche, Carro.

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. H. AUBUGEAULT.

Tours, imp. Tourangelle.

ARSYNAL PAS D'ODEUR D'AIL, PAS DE TROUBLES DIGESTIFS, PAS D'ACTION SUR LE REIN.

METHYLARSYNATE DI-SODIQUE Chimiquement pur

LEGRAND GRANULES GOUTTES ANOULES

197, Rue du Faubourg-Saint-Martin, PARIS

Extrait Pur et Concentré de MALT MORITZ

Renferme sous une forme concentrée et active, les principes DE LA BIÈRE.

Prix 2 fr. 75 ; 1 fr. 90 aux Médecins

Envoi gratuit d'échantillon sur demande à la Brasserie MORITZ, 189, r. de Vaugirard Paris.

NEVROSES CONVULSIVES, SPASMODIQUES, DOULOUREUSES, PHOBIES

Névropathies, Névralgies faciales et intercostales, Céphalalgies, Tics, Epilepsie, Chorée, Insomnies, Douleurs physiques, Crampes musculaires

VALÉRAL PUY

Succédané plus actif des Valérianates et des Bromures
Odeur et saveur agréables
Tolérance absolue

Dose : Une cuillerée à café contient 1 gr. de Valéral. — 1 à 3 cuillerées à café par jour dans de l'eau

CAPSULES CURATIVES A. PUY (Enveloppe de Gluten soluble)

Contre les affections des voies respiratoires et broncho-pulmonaires, Catarrhes. Antibacillaires et reconstituantes — Jamais d'hémoptysies

Echantillons, Littérature : P^{cle} PUY, Grenoble. — Dépôt : toutes les bonnes Pharmacies

TOUX

GRIPPE, ASTHME

COQUELUCHE

CENT ANS de SUCCÈS

5 MÉDAILLES AUX EXPOSITIONS

DIPLOME d'HONNEUR, PARIS 1887
324, Rue St-Martin et 3, Rue Soufflot, Paris
4 fr. 60 — TOUTES PHARMACIES

SIROP

PÉCTORAL INCISIF

DEHARAMBURE

EMULSION MARCHAIS

Phospho-Créosotée — TUBERCULOSES — BRONCHITES, CATARRHES
(3 à 6 cuil. à café dans du lait).