

GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE

REVUE BI-MENSUELLE

DES TRAVAUX MÉDICAUX & DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS DES MÉDECINS DE LA RÉGION

RÉDACTION :

25, Boulevard Béranger
TOURS

Ed. CHAUMIER
Maladies des Enfants
BOUREAU
Bactériologie — Urologie

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR MM.

TRIAIRE
Accouchements — Gynécologie

LAPEYRE
Chirurgie — Gynécologie opératoire
J. MENIER
Médecine générale

ADMINISTRATION :

15, Boulev. Béranger
TOURS

RÉDACTION ET COLLABORATION :

TOURS : D^{rs} ANDRÉ; HERMARY — ANGERS : D^{rs} CH. MARTIN; JAGOT — BLOIS : D^r HOUSSAY
(de Pontlevoy) — CHATELLERAULT : D^r ORRILLARD — LE MANS : D^r POIX — ORLÉANS :
D^r BAILLET; D^r LERICHE (Meung) — POITIERS : D^{rs} JABLONSKI; BUFFET-DELMAS —
CHER : D^r PROMPT — SAUMUR : D^r RENOU — PARIS : D^r BARTOLI (de Châtel-Guyon).

SOMMAIRE :

De la valeur du Lorenz et des autres procédés utilisés
dans le traitement des luxations congénitales.... D^r BOUREAU.

PAGES

191

Tableau des Maîtres en chirurgie de la ville de Tours.
La vie privée d'un Maître Chirurgien de Tours
au XVIII^e siècle : Jacques Perdureau..... F. EM. BOUTINEAU.

PAGES

205

206

JUGLANRÉGINE

Combinaison nouvelle de l'iode avec l'extrait de noyer phosphaté

Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue

Dialysés strumeux, Lymphatisme

Tuberculose, Affections rénales

Le flacon 4 fr., le 1/2 flacon

21.50

GLYCÉRO-KOLA ANDRÉ

Anémie

Phosphaturie

Fatigabilité, Convalescences

Deux à trois cuillerées à café par jour

Le flacon 5 fr., le 1/2 flacon 2 fr. 75

DÉPÔT GÉNÉRAL :

Pharmacie ANDRÉ, E. BADEL, L^{re} en ph^{ie}, Succ^r, 2, rue des Alpes, VALENCE (Drôme)

LA AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

ROYÉRINE DUPUY

(Pepsine et Pancréatine
extractives, associées
au Sous-Carbonate
de Bismuth.)

DIGESTIVE, ABSORBANTE, ANTISEPTIQUE

Agit rapidement.

Calme la Douleur.

Est un topique stomacal et intestinal.

Combat les Fermentations.

Combat les Diarrhées de toute nature.

Absorbe les Gaz.

Deux cachets au commencement de chacun des deux principaux repas.

Pharmacie A. DUPUY, 223, rue Saint-Martin — PARIS.

MARQUE DE FABRIQUE



SAVON ANTISEPTIQUE au goudron boraté

DE J. LIEUTAUD AINÉ

DE MARSEILLE

Pour éviter les contrefaçons, exiger la
marque et la signature ci-contre.

J. Lieutaud Aîné

Ce savon, préparé d'une façon irréprochable avec des produits purs, est recommandé par les plus grands
docteurs pour le traitement des Maladies contagieuses de la Peau, Eczémas, Dartres, etc., et pour les
lavages antiseptiques qui précèdent et suivent les opérations chirurgicales.

PRESERVATIF SOUVERAIN EN CAS D'ÉPIDÉMIE ET PRÉCIEUX POUR LES SOINS HYGIÉNIQUES QUOTIDIENS ET INTIMES

Il est particulièrement recommandé à tous ceux qui sont appelés à donner des soins aux malades atteints
surtout de maladies contagieuses. Il est très efficace aussi pour le savonnage des vêtements et pour les soins
de propreté des accouchées. — PROSPECTUS EN DIVERSES LANGUES. — PRIX : 1 FRANC.
Remises particulières à la Pharmacie et à la Droguerie. — Envoi d'échantillons gratuits et conditions
exceptionnelles à MM. les Docteurs et Médecins ainsi qu'aux Sages-Femmes.

PEPTONE VASSAL
Suralimentation Sèche
Agréable au Goût

Cette Peptone, fabriquée d'après les dernières
données scientifiques, est un produit remarquable
tant par ses qualités organoleptiques que par sa
richesse en matières directement assimilables. Cette
Peptone a, en outre, l'avantage d'être d'un prix
modéré qui en permet un usage prolongé.

ÉCHANTILLONS :

Léon DANJOU, Pharmacien de 1^{re} classe, ex-interne
des Hôpitaux de Paris, LILLE.

LABORATOIRE

DE

Bactériologie et d'Urologie

DE TOURS

Dr BOUREAU, à Tours

Crachats et recherches diverses 10 fr.
Urines, dosages, études microscopiques..... 20 fr. et 10 fr.

DRAGÉES au Lactate de Fer de
GÉLIS & CONTÉ
Approuvées par l'Académie de Médecine.
Le **FER** le **PLUS ASSIMILABLE**
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.
LABÉLONYE & C^e, 99, Rue d'Aboukir, PARIS.

ERGOTINE
BONJEAN
Médaille d'Or : Société de Pharmacie de Paris.
DRAGÉES **AMPOULES**
à 0,15 centigr. pour
SOLUTION Injections hypodermiques
Flacons d'Ergotine de 30 gr.
stérilisée au (1/10°) Tubes de 2 grammes.
LABÉLONYE & C^e, 99, Rue d'Aboukir, PARIS.

VALS **SOURCE**
LA
ALCALINE
GAZEUSE
INALTÉRABLE **REINE**
DYSPEPSIE, GASTRO-ENTÉRITE
DÉBILITÉ, Maladies du FOIE et des REINS
TRÈS DIURÉTIQUE
Spéciale dans la **DIARRHÉE INFANTILE**
La **REINE** est facturée prix coûtant aux
Médecins qui s'adressent à
M. CHAMPETIER, Pharmacien à **VALS**.



au lait pur des Alpes Suisses
LE SEUL ALIMENT GARANTI NATUREL
qui peut être donné sans inconvénient aux
bébés les plus jeunes, alternativement avec le
sein ou le biberon.

MM. les Docteurs sont priés de demander
des échantillons gratuits à MM. G. MARÉCHAL
et Cie, 29 bis, rue des Francs-Bourgeois.

Le XEROFORME
est le seul produit
remplaçant avanta-
geusement l'IDO-
FORME.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

OREZZA

PROPRIÉTÉ DU DÉPARTEMENT DE LA CORSE

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULÉE

La plus riche en Fer, Manganèse et Acide carbonique
sans rivale pour

Gastralgie, Fièvres, Chlorose, Anémie

Et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG

Chez tous les pharmaciens et marchands d'eaux
minérales. — Administr. : 3, r. Rossini, PARIS

Se méfier des contrefaçons. — Exiger l'étiquette

MORRHUÏNE PUY

A fait le sujet d'une
communication à
l'Académie de Médecine
de Paris (20 Novembre 1904)

SIMPLE ou GAIACOLÉE (Carb. de Gaiacol neutre)

LA MORRHUÏNE SIMPLE contient par cuillerée à soupe : 23 gr. d'Huile de foie de morue
naturelle. 0,25 d'Hypophosphites, 2 gr. de Malt digestif.
Contre Lymphatisme, Rachitisme, Scrofuleuse, Croissance, Anémie

LA MORRHUÏNE GAIACOLÉE contient par cuill. à soupe : 0,25 de carb. de Gaiacol neutre (Ducloux)
25 gr. de Morrhaine simple.

Contre Affections broncho-pulmonaires, Emphysème, Tuberculoses, Adénites

Emplol : Par cuill. à bouche ou à café (selon l'âge) avant les repas, délayée dans un peu d'eau, de lait ou de bière

Dépôts à Paris : PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE ; MONNOT-BARTHOLIN ; toutes les bonnes Pharmacies

Echantillons gratuits, Littérature, Renseignements : **PUY**, Pharmacien, Grenoble (Isère)

TOUS LES INCONVÉNIENTS DE L'IODURE DE POTASSIUM
supprimés par les
CAPSULES DU DOCTEUR AILAINÉ
à l'Iodure de Potassium pur

AVANTAGES. — Plus de Pyrosis —
Dissolution dans l'estomac — Tolérance
parfaite — Plus de dégoût — Inaltérabilité
absolue — **Prix modéré** — Le flacon
de 80 capsules dosées à 0,25 cg. d'IK :
4 fr. 50.

AVIS IMPORTANT — Nous prions
MM. les Docteurs de bien prescrire et
exiger : **Capsules du Dr AILAINÉ**
— et aussi de nous demander échantillon,
littérature et renseignements qui leur
permettront d'apprécier les avantages
RÉELS que nous indiquons.

Concessionnaire : **Léon DIEU**, 54, rue Lafayette. — **PARIS**

ALET
EAU MINÉRALE NATURELLE
DE L'ÉTABLISSEMENT THERMAL

Employée avec grand succès depuis plus de trente ans dans
les Dyspepsies, état nerveux, Anémie, Vomissements des
femmes enceintes, Chlorose, Convalescences, suites de Coups
chets. — L'Eau d'Alet, de l'Etablissement thermal, se trouve
chez tous les Marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens.
Pour éviter toute confusion, exiger sur les bouteilles
une étiquette portant au bas l'indication ci-après :
SOURCE BUVETTE DE L'ÉTABLISSEMENT THERMAL

ANTISEPTIQUE - DÉSINFECTANT

LYSOL

ECHANTILLON GRATUIT à MM. les Médecins qui en font la demande
à la **SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL**, 22 et 24, Place Vendôme, Paris.

DE LA VALEUR DU LORENZ ET DES AUTRES PROCÉDÉS UTILISÉS DANS LE TRAITEMENT DES LUXATIONS CONGÉNITALES.

Par le Dr BOUREAU

Chirurgien en chef de l'Asile de Clocheville
(Hôpital municipal d'enfants) de Tours.

Lorsqu'il s'agit de juger un procédé de technique chirurgicale, la méthode la plus rigoureuse consiste à mettre en regard de chaque trouble fonctionnel, conséquence directe ou indirecte de la lésion, l'amélioration que l'intervention est susceptible de donner.

Il faut dissocier les services que rend une opération pour mieux l'apprécier.

Plusieurs procédés opératoires peuvent être proposés pour une même lésion. Les règles ci-dessus doivent être appliquées à chacun d'eux et lorsque leur cote personnelle, résultante de leurs avantages et de leurs inconvénients, sera établie, on pourra choisir celui qui représente la somme la plus importante de bons résultats.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion comme la luxation congénitale dont les conséquences fonctionnelles ne mettent pas en danger la vie du malade, un autre facteur doit intervenir dans le choix d'une thérapeutique chirurgicale. L'intervention ne doit pas mettre en jeu la vie de l'enfant, ou tout au moins ne doit comporter que des risques nuls ou tout au moins extrêmement limités.

Les luxations congénitales sont très inégalement réparties suivant les régions; très fréquentes dans la Haute-Loire, elles sont assez rares dans le nord de la France. Dans la région du centre, elles sont assez fréquentes, plus nombreuses que les becs-de-lièvre et les pieds-bots.

J'ai pensé qu'il serait intéressant pour le praticien souvent consulté à son sujet de passer en revue les deux procédés proposés pour sa correction, en appliquant à chacun d'eux les règles énoncées ci-dessus. La thérapeutique de cette affection depuis peu de temps s'est modifiée et a conquis du terrain, il est utile d'en suivre les heureuses évolutions.

Il est inutile pour cela, et une étude limitée sera plus fructueuse, de revoir la pathologie entière de la lésion; il s'agit en somme de déterminer exactement les troubles fonctionnels qu'elle entraîne pour juger ensuite dans quelle mesure tel ou tel procédé y remédiera.

C'est du reste ainsi que procèdent les parents qui vous présentent une fillette atteinte de luxation congénitale. Ils énumèrent longuement les ennuis que donne à l'enfant son infirmité.

Elle boite, disent-ils, elle est infirme, ne peut marcher sans fatigue, sans douleur, sa jambe est plus courte que l'autre; elle se tient mal et chacune de nos propositions de traitement est invariablement suivie de questions que guide un bon sens indiscutable. Est-ce que vous lui ferez courir des dangers de mort? — pourra-t-elle ensuite marcher sans fatigue? souffrira-t-elle encore? boitera-t-elle? la jambe aura-t-elle le même niveau que l'autre?

La logique les a amenés instinctivement à l'étude de chaque procédé avec la rigueur d'analyse que nous précisons au début.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS DE LA LUXATION CONGÉNITALE

Claudication. — L'enfant boite; si la luxation est double, à chaque pas le tronc oscille à droite, à gauche et lui donne l'allure d'un canard.

Si elle est unilatérale, la chute du tronc se fait sur le membre luxé, le bassin n'ayant qu'un point d'appui défectueux plonge dans le vide. Le fémur en mauvaise situation glisse le long de la paroi et diminue par son ascension la longueur du membre correspondant.

Cette claudication s'accroît pendant la marche, elle est de plus en plus prononcée à mesure que l'enfant grandit, le poids du corps aggravant le déplacement.

Raccourcissement. — Tant que les muscles pelyi-trochantériens résistent, la longueur du membre diminue peu. Mais graduellement les ligaments s'allongent, la dégénérescence musculaire arrive et le raccourcissement et la claudication s'accroissent.

Il faut savoir cependant que ce raccourcissement vient au dernier rang parmi les causes de la claudication (Lorenz).

C'est pourquoi l'exhaussement du pied dans les unilatérales, par des talons surélevés, procédé cher aux parents et souvent même aux médecins, non seulement diminue à peine la claudication, mais l'accroît en remontant la tête fémorale.

Attitudes vicieuses. — La correction instinctive de ce raccourcissement fonctionnel entraîne chez les unilatérales une inclinaison du bassin. L'enfant place son membre sain dans l'attitude du genu recurvatum, il corrige par la flexion du membre sain; il place son pied du côté malade en équinisme; pour maintenir l'équilibre, des courbures rachidiennes se produisent et aboutissent à des scoliozes de compensation.

Chez les bilatérales les points d'appui du bassin reportés en arrière donnent lieu à une enclature encore plus considérable, le bassin verse en avant, la lordose entraîne une saillie exagérée du ventre et des fesses.

Atrophie des membres inférieurs. — Les masses musculaires de la cuisse et de la jambe luxées sont diminuées de volume. Le membre entier subit un arrêt de développement touchant son squelette aussi bien dans sa longueur, ce qui augmente notablement le raccourcissement, que dans son épaisseur. Sur des radiographies 2 ou 3 millimètres de diminution de la diaphyse fémorale du côté luxé sont très fréquents (1).

(1) Cet arrêt de développement frappe le membre entier (Guérin avait déjà fait remarquer que les artères elles-mêmes étaient diminuées de calibre), et semble être plutôt la cause que l'effet de la lésion articulaire.

Il est possible d'assimiler la luxation congénitale aux malformations telles que le pied-bot, le bec-de-lièvre. Sous l'influence d'un trouble trophique central, d'une lésion des centres nerveux spinaux ou cérébraux la cuisse s'arrêterait à l'un des stades de la vie utérine. Le sexe féminin qui au point de vue de l'évolution embryologique représente un être moins avancé dans son développement que le sexe masculin, arrêté pour ainsi dire à une des périodes de la formation de l'homme complet, serait par là même plus apte à subir la malformation de la luxation, d'où la fréquence beaucoup plus grande de la luxation congénitale chez les filles (81 0/0 de filles).

Qu'il me soit permis, en passant d'apporter à mon tour une explication théorique pour une lésion dont la pathogénie est très obscure et pour laquelle aucune théorie satisfaisante n'a été énoncée.

En tous cas si l'atrophie est bien la cause de la luxation, les chi-

Ce sont là tous des symptômes qui rendent l'esthétique de l'enfant absolument disgracieux.

Fatigue à la marche. — Les enfants se fatiguent très vite, une marche un peu longue leur est interdite, on les voit revenir de l'école en nage, épuisés, cherchant à se reposer le plus tôt possible.

Les muscles seuls servent de point d'appui au fémur luxé; ils ne peuvent maintenir pendant longtemps leur état de contracture. A mesure que l'enfant grandit cette impuissance à la marche augmente en raison de la surcharge qu'apporte le développement du tronc.

Douleurs. — L'articulation n'est pas en général douloureuse au repos, elle le devient par la fatigue. Les douleurs siègent le plus souvent à la hanche, plus rarement au genou. Elles persistent la nuit, on en voit qui ont fait supposer une coxalgie.

Mouvements limités. — Le membre luxé a en général une mobilité anormale; l'adduction, la flexion, l'extension que n'arrêtent plus une capsule distendue, un sourcil cotyloïdien normal sont très exagérées.

Cependant lorsque vous voulez placer en abduction et en relation externe la cuisse luxée, on est très vite arrêté par le paroi du bassin.

Je n'ai fait qu'esquisser ces troubles fonctionnels: très apparents à un certain âge, ils demandent à être cherchés en bas âge et c'est pourtant le moment où leur découverte serait intéressante.

Bien que congénitale, la luxation n'apparaît qu'à l'époque des premiers pas.

L'enfant atteint marche tard, vers 14 ou 18 mois, dans les unilatérales, et 18 mois ou 2 ans dans les bilatérales.

Il apprend lentement à marcher.

Quand on voit un bébé qui ne marche pas à 12 mois, il faut se méfier. Il y a une raison à ce retard: luxation congénitale, rachitisme, maladie de Little, paralysie infantile légère, quelque chose qu'il faut trouver au prix d'un examen minutieux.

La radiographie semble devoir lever toute difficulté, et cependant elle est à cet âge difficile à lire; le déplacement du fémur est limité, il n'a encore qu'éculé le toit du cotyle; le diagnostic est souvent épineux, j'en ai constaté moi-même dans un cas la difficulté.

Néanmoins bien constituée, une luxation congénitale se diagnostique facilement et l'ensemble des signes fonctionnels signalés plus haut est le plus souvent suffisant. Ce sont eux pour lesquels on vient demander remède, c'est à leur plus ou moins parfaite correction que nous jugerons les diverses procédés thérapeutiques.

APPAREILS ORTHOPÉDIQUES

Il faudrait un volume pour les décrire. Leur multiplicité indique qu'aucun d'eux, aussi bien les plus modernes que les plus anciens, n'a résolu même partiellement le problème.

La *Ceinture de Dupuytren* est la première en date.

Les *appareils de Paletta*, de *Heine*, de *Bowier*, de *Parow*, de *Kroussol*, de *Saint-Germain* sont du même type.

urgiens devront reconnaître que le meilleur procédé de cure laissera toujours persister des traces de la lésion primordiale.

On cherche à maintenir la tête fémorale en fournissant au grand trochanter un point d'appui artificiel qui l'empêche de remonter.

Une pelote hémisphérique appuie la tête fémorale contre la fosse iliaque externe.

On cherche à combler l'espace compris entre le grand trochanter et la crête iliaque.

Malheureusement le fémur est situé trop haut, notamment dans les doubles, et on ne peut placer la pelote parce qu'il n'y a pas un espace suffisant entre le grand trochanter et la crête iliaque.

C'est à peine si avec ces appareils dans les cas les plus favorables on obtient une légère amélioration de la marche. Ils corrigent la chute brusque du tronc dans les unilatérales; pour les autres symptômes fonctionnels le résultat est nul.

On a été conduit à l'emploi d'attelles axillaires et de corsets prenant leurs points d'appui sur les grands trochanters.

Ce sont les appareils de *Landerer*, de *Broates*, de *Thibo*, de *Mickulitz*, de *Hoffa*, les *appareils français à pelotes basses*, la *ceinture pelvienne de Lannelongue*, le *corset de Lorenz*.

Surtout dans les luxations doubles, avec ces appareils l'oscillation du tronc est diminuée, l'enfant se fatigue moins vite, il peut marcher plus longtemps sans souffrir, mais à quel prix!

Pour atteindre leur but, il faut que ces corsets soient très fortement lacés autour du bassin et du thorax. L'enfant comprimé dans sa cuirasse de feutre durci, ou de cuir moulé, bardé de fer, respire difficilement.

Les deux tuteurs latéraux lui interdisant toute flexion du tronc l'agacent, il est obligé de garder l'allure de parade d'un bambin très sage et très stylé — il peut se promener, mais comment jouer?

Il en vient vite à bout, brise ses tuteurs et tous les mois l'appareil passe huit jours chez l'orthopédiste; six mois au plus s'écoulent et le corset finit par prendre le chemin du grenier.

Du reste, serait-il possible de se résigner à le porter sa vie entière?

Je ne signale que pour le réprouver le premier appareil proposé et celui que l'on trouve encore assez employé, la chaussure à semelle plus haute du côté malade. Rien de plus naturel et de plus raisonnable en apparence que de rendre le membre luxé de même longueur que le membre sain. Or c'est une détestable pratique. Tous les jeunes sujets qui y sont soumis sont aggravés, il faut augmenter la semelle de plus en plus et la boiterie va en croissant.

Volkman en donne très clairement la raison. Le raccourcissement est dans la boiterie de la luxation congénitale le facteur le moins important.

Si l'on observe comment marche une luxation unilatérale, on remarque que le côté malade du bassin reste à tous les temps de la marche plus élevé que le côté sain et que l'équilibre s'opère soit par l'intermédiaire de la flexion du membre sain à la hanche et au genou, soit par l'extension forcée du coup-de-pied du côté malade. Or élever la chaussure de ce côté-là c'est élever encore le bassin, c'est par conséquent rendre plus verticale l'aile iliaque correspon-

dante et faire perdre tout à fait à la tête fémorale l'appui qu'elle pourrait trouver sur sa face oblique en bas et en dedans. C'est forcer la tête à ne reposer exclusivement que sur le dôme capsulaire et les parties molles qui céderont de plus en plus.

En résumé le traitement orthopédique ne mérite même pas le nom de traitement palliatif.

INTERVENTIONS SANGLANTES

Je passerai sous silence les premières opérations de ce genre pratiquées par *Bouvier*, *Brodhurst*, *Kœnig*, *Paoli* (1), *Israël*, *Barwell*.

Ces premiers essais étaient surtout dirigés contre la rétraction secondaire des muscles — on faisait des ténotomies, mais on ne songeait pas à s'occuper du squelette, ou du moins on n'osait y toucher.

Les résultats ne pouvaient être que défectueux et passagers.

Dans une seconde phase, de nouvelles méthodes peuvent revendiquer le triste avantage d'avoir non seulement donné aucun succès mais d'avoir aggravé les malades quand ils ne succombaient pas.

On cherchait à abaisser la tête comme *Pravaz*, mais on ne tenait pas compte de la nécessité de placer la néarthrose au bon endroit.

Margary (2) fit une première tentative suivie de mort, il se contenta dans une seconde de réséquer la tête fémorale (1884).

Lampugnani (3), *Motta* (4), *Orrècchia* (5), *Raffo*, de *Paoli*, *Postempki* en Italie; *Heussner* (6), *Schussler* (7), *Lucke* en Allemagne; *Mollière* (8) en France adoptèrent le même procédé.

Sur 27 opérations retrouvées par *Rosenfeld* (1890) on ne constate aucune guérison par la résection; par contre on trouve 8 insuccès.

Dans tous les cas on augmentait le raccourcissement (12 centim. — *Teufel*).

Ogston (9) créa une variante de la résection, il plaçait le fémur réséqué dans un cotyle artificiel.

Israël, de *Paoli* essayèrent d'enclouer le fémur sur l'os iliaque.

Albert essayait de fixer la tête contre le bassin en pratiquant l'arthrodèse de la hanche.

Kœnig créait une méthode ostéoplastique originale. Après avoir réduit la tête, il détachait un lambeau ostéopériostique qu'il suturait à la capsule.

Karynski, *Karewski*, *Gussenbauer* eurent quelques demi-résultats.

Depuis, *Lannelongue* (1) et *Coudray* ont cherché à obtenir le même résultat par la méthode sclérogène sans succès.

Je signale en passant l'unique opération de *Poggi* (2) (1888) qui obtint un bon résultat en fixant la tête fémorale à sa vraie place; c'est là le vrai précurseur d'Hoffa.

Opération de Hoffa (3) (1^{er} procédé). — C'est à ce chirurgien que revient incontestablement le mérite d'avoir solutionné un problème qui tint en échec la chirurgie pendant 50 ans.

Il a, le premier, indiqué le moyen de toujours abaisser la tête fémorale. Sans cette condition aucun succès n'était possible.

Il sectionne d'abord les muscles insérés à l'ischion, puis les muscles antérieurs et les adducteurs.

Ouvrant ensuite l'articulation, il luxé le fémur, creuse le nouveau cotyle sur l'emplacement du cotyle déshabité et procède à l'emboîtement de la tête fémorale dans cette nouvelle cavité. Il ne ferme pas la plaie.

La variante la plus importante de ce procédé de Hoffa est celle de *Broca*. En exécutant le premier en France la réduction sanglante, il substitua à la désinsertion des muscles trochantériens l'ostéotomie du grand trochanter. C'était un notable progrès: diminution de la durée de l'opération; jour plus grand sur le champ opératoire; conservation des insertions des muscles pelvi-trochantériens et surtout des fessiers.

Mais c'est surtout à *Lorenz* que l'on doit le perfectionnement de la technique de Hoffa. Il fit remarquer avec beaucoup de sagacité que les sections musculaires de Hoffa nuisaient beaucoup au résultat fonctionnel consécutif.

La conservation de l'appareil musculaire est de la plus haute importance. Les réductions par le procédé non sanglant en sont la preuve. Le dandinement de la luxation congénitale est sous la dépendance, en grande partie, de l'intégrité musculaire des fémurs et des pelvi-trochantériens (*Trendelenburg*), au point qu'après une réduction, alors que la tête fémorale a franchi la ligne de Nélaton, que vous avez obtenu, soit une reposition, soit une transposition antérieure, vous pouvez avoir encore la démarche du canard si les muscles sont très atrophiés.

J'ai dans mon service une enfant de ce genre. La transposition est bonne des deux côtés; c'est une bilatérale, elle est au 7^e mois de l'intervention, les néarthroses sont solides, mais les fesses sont aplaties; aucune fermeté dans le système musculaire, tant que les courants continus et le massage n'auront pas restauré les muscles postérieurs, persistera à chaque pas le dandinement. Tant il est vrai, comme l'a démontré *Lorenz*, qu'en luxation congénitale le côté muscles a la même importance que le côté articulation.

Donc renonçant aux ténotomies, aux sections musculaires *Lorenz* modifia dans son ensemble l'opération de Hoffa. Il fait précéder son intervention de tractions qui suffisent pour avoir raison des résistances musculaires; il déplace en

(1) *D. Paoli*. — Giornale della R. accademia di med. di Torino, 1885, p. 840.

(2) *Margary*. — Gazette médicale de Turin, 25 mars 1885.

(3) *Lampugnani*. — Giornale della R. accademia di Torino, 1885, fasc. 6-7.

(4) *Motta*. — Arch. de orthopedia II, n° 3.45.

(5) *Orrècchia*. — Arch. de orthopedia III, fasc. 5.6.

(6) *Heussner*. — Centralblatt für chirurgie 1884, n° 45.

(7) *Schussler*. — Berlin. Klin. Wochenschr. 1887.

(8) *Mollière*. — Lyon médical, 1887.

(9) *Ogston*. — British medical Journal, 1885, p. 116.

(1) *Lannelongue*. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, Paris, décembre 1891.

(2) *Poggi*. — Archivio de ortopedia, Milano, 1890.

(3) *Hoffa*. — Archiv. für Klinische chirurgie 1896. Deutsche Prax., München, 1898. Archiv. für Klinische chirurgie, 1899.

avant l'incision de Hoffa, ouvre la capsule et luxé la tête femorale par une rotation externe exagérée. Il façonne cette tête femorale, et creuse son nouveau cotyle ; il réduit la tête, c'est-à-dire la met au niveau de la nouvelle cavité — temps des plus difficiles — Il suture et draine avec une mèche.

Hoffa (1) rendit immédiatement hommage à ces modifications et créa son second procédé qu'il exposa au congrès de 1900 sous le nom de méthode *Hoffa-Lorenz*. C'est l'intervention sanglante qu'il pratique actuellement.

Sa technique comprend les mêmes temps que Lorenz, il insiste sur la nécessité de conserver le muscle, indique d'une façon précise la façon dont il sculpte le nouveau cotyle ; il tamponne la plaie, ne suture pas, place la cuisse sous un appareil plâtré en abduction et en rotation en dedans.

Il précise le traitement orthopédique post-opératoire et termine en disant : « les enfants ne resteront jamais en traitement plus de quatre mois ; j'insiste surtout, parce qu'avec notre méthode par l'opération sanglante, on atteint plus vite le but cherché qu'avec l'opération, non sanglante de Lorenz. »

PROCÉDÉS DE RÉDUCTION NON SANGLANTE

L'insuffisance des divers appareils avait, dès le début, orienté les chirurgiens vers la recherche d'un procédé de cure radicale de la luxation congénitale.

Leur audace n'allait pas bien entendu jusqu'à prendre le bistouri, la chirurgie de l'époque le leur interdisait ; aussi tentèrent-ils une cure radicale basée sur des tractions, des manipulations, une orthopédie mécanique.

C'est en France que naquirent l'idée et les premiers essais de réduction non sanglante. Humbert de Morley et Jacquier (2) (1831), Pravaz père (3) (1838) cherchèrent et réussirent à réduire la luxation.

Humbert et Jacquier abaissaient la tête femorale au moyen de l'extension forcée pratiquée sur un lit construit tout spécialement.

Pravaz père soumettait le malade à l'extension continue pendant 8 ou 10 mois sur un appareil mécanique.

La réduction se faisait en plaçant le membre en abduction.

Sous l'influence des contractions musculaires, la luxation ne tardait pas à se reproduire. Sans se lasser, Pravaz recommençait quotidiennement ; pendant des mois, il cherchait à creuser le cotyle en plaçant son malade sur un chariot roulant mis en mouvement par un système de levier à pédales et imprimant à la cuisse des mouvements de flexion et d'extension ; après deux ans de traitement le malade pouvait marcher sans appui.

Ces efforts datent de 1835 à 1838, leurs auteurs obtinrent des résultats. On peut lire dans le *traité de thérapeutique des maladies articulaires de Bonnet de Lyon* (1853) cette

phrase que je copie textuellement : « Il est certain que M. Humbert a rendu à des malades la longueur normale des membres luxés avec assez de solidité pour que le raccourcissement ne se reproduisit pas et pour que la marche s'effectuât sans claudication ou avec une claudication beaucoup moindre ».

Pourquoi n'ont-ils pas eu des imitateurs ? parce qu'on n'est jamais prophète dans son pays. L'Académie de médecine nomma une commission ; des rivalités aigrirent les discussions et firent germer le doute dans l'esprit.

Serait-il vrai que c'est presque toujours parmi ses compatriotes qu'un Français trouve les critiques les plus sévères ?

Ce n'est que 50 ans plus tard, en 1888, que *Paci* d'abord, *Lorenz* (1) ensuite en 1896 reprirent les idées de Humbert et de Pravaz et finirent par trouver la légère modification qui suffit à fixer définitivement la technique.

Il faut que ce soit le chirurgien Viennois qui rende hommage à nos compatriotes : « Les efforts de Pravaz ont été trop méconnus par ses contemporains. *Bouvier* a eu le grand tort de nier des succès incontestables, bien que relatifs » (2).

Pendant la longue période d'oubli qui suivit les essais heureux des auteurs français, on doit signaler les tentatives de *Guérin*, de *Bouvier*, (3) et *Brodhurst* (4) qui essayèrent les ténatomies les plus diverses.

Bonnet de Lyon d'après *Ollier* avait obtenu une réduction réelle.

En Amérique, *Buckminster-Brown* (5) adoptant une méthode analogue à celle de Pravaz obtenait au bout de deux ans et 3 mois une réduction qui ne tint pas et se reproduisit presque aussitôt après la cessation du traitement.

Toutes les tentatives qui suivirent furent basées sur l'extension continue. *Bradford de Boston*, *Williams Adams*, etc..... dirigèrent tous leurs recherches dans le même sens et aboutirent au même résultat : la reluxation.

Il faut arriver en 1887 pour trouver les premiers essais de *Paci de Pise*. Ce chirurgien, abandonnant l'extension forcée, reprenant les idées des premiers auteurs français Humbert et Jacquier, publie un procédé très ingénieux basé sur la circumduction femorale.

Il obtient des réductions extemporanées évidentes, mais ne parvient pas encore à les maintenir.

Kirmisson (6) *Phocas* se montrent assez froids à l'égard du nouveau procédé, pendant que quelques confrères italiens *Regnoli*, *Nola*, *Rota*, *Ceci* et *Motta* obtiennent quelques beaux résultats.

Mikulicz (7) publie 3 succès.

Il serait trop long de suivre dans tous leurs essais, les auteurs qui en même temps que *Paci*, ou après lui et modifiant sa technique, cherchèrent à réaliser un procédé plus parfait.

(1) *Lorenz*. — *Pathologie et traitement de la luxation congénitale*. Traduction de Cottet, 1897. Paris.

(2) Société de chirurgie. 1900.

(3) *Bouvier*. — Rapport sur la curabilité des luxations congénitales du fémur. *Gazette des hôpitaux*, 1864.

(4) *Brodhurst*. — *British medical Journal*, 1865. St-Georges hospital reports, 1865.

(5) *Buckminster-Brown*. — *Boston med. and surg. Journal* 1885.

(6) *Kirmisson*. — *Traité des maladies congénitales, art. lux. congénitale*.

(7) *Mikulicz*. — *Archiv. fur Klin. chirurgie*, 1894. p. 368.

(1) Hoffa. Congrès de 1900.

(2) Humbert et Jacquier. Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées et symptomatiques de l'articulation iléo-fémorale, méthode applicable aux luxations congénitales et aux luxations anciennes par causes externes. Paris (1835).

(3) *Traité théorique et pratique des luxations du fémur. Pravaz de Lyon*, 1847.

En Allemagne, *Roser* essaie un traitement par l'abduction. Il est là bien près du succès définitif.

Volkmann combine l'extension continue avec abduction. *Scheede* (1) de Hambourg maintient l'abduction permanente à l'aide d'un appareil ingénieux. Il obtient de beaux succès, mais il lui faut des enfants très jeunes et 13 mois de traitement.

Kirmisson (2) publie un procédé basé sur l'extension continue et l'abduction.

Procédé qu'il avait abandonné pour l'opération sanglante de Hoffa.

Plus tard on le trouvera rallié au *Lorenz* et portant sur cette intervention ce jugement : « On obtient des néarthroses solides et des résultats fonctionnels avantageux — (*Traité de chirurgie* — *Duplay et Reclus*, article : Luxations congénitales.) »

Il faut lire dans les œuvres de *Lorenz* la critique de tous ces procédés, alors qu'il était un partisan absolu de l'opération sanglante. Aucun ne résiste à sa pénétrante analyse, il conclut à toutes les pages que tout s'oppose au succès par la réduction non sanglante, et la déclare impossible, irréalisable. Consciencieusement, il l'essayait avant de prendre le bistouri et concluait qu'il n'obtiendrait jamais, articulation fermée, ce qu'il avait tant de peine à obtenir articulation ouverte.

Cette lecture est d'autant plus piquante que c'est en 1897 seulement que la pathologie de la luxation congénitale est traduite en France par *Cottet*, et que depuis 1894 il avait trouvé au Congrès de Rome son chemin de Damas sous la forme d'une communication de *Paci*.

De retour à Vienne ses idées « se mûrissent » à tel point qu'en 1896 il présente à l'Académie de Vienne une méthode de réduction non sanglante.

Il n'avait fait — son mérite n'en est pas moins brillant — qu'apporter une modification heureuse au dernier temps de la méthode de *Paci* qui lui-même avait continué l'œuvre de *Humbert*, de *Jacquier* et de *Pravaz*.

Depuis le Congrès de 1900 *Lorenz* n'a cessé d'appliquer son procédé de réduction non sanglante. Dernièrement, un confrère racontait qu'à sa clinique de Vienne il avait pu en quelques jours examiner 110 opérés de *Lorenz*.

A son retour d'Amérique où il avait été appelé à *Chicago* pour opérer la fille d'un riche négociant, *Lorenz* fit en

Angleterre en janvier 1903 à Londres et à Liverpool, devant une assistance nombreuse qui le couvrit d'applaudissements répétés une démonstration pratique de sa méthode.

En 1900, au congrès de chirurgie à Paris, il me fut possible de l'écouter dans un rapport intitulé : *traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche*, donner les règles précises de la technique qu'il avait définitivement réglée.

Dans le cours de l'exposé historique il s'exprimait ainsi sur la question sanglante : « qu'il me soit seulement permis d'ajouter, qu'ayant opéré 260 cas par la méthode sanglante j'en ai connu aussi bien les résultats parfaits que les échecs déplorables. Le danger de mort et l'ankylose absolue ou relative, ce sont les deux désavantages qui sont à craindre immédiatement après l'opération sanglante. Mais il y a encore à signaler un désavantage redoutable qui menace l'avenir des fillettes opérées. En creusant l'acetabulum par la gouge, on diminue ou amincit, on enlève même les zones du cartilage épiphysaire en forme d'Y dont dépendent la croissance et le développement du bassin. N'est-il pas à craindre que le bassin ne se rétrécisse plus tard et que la luxation guérie, ce rétrécissement n'entraîne de grands dangers dans le cas d'un accouchement ? »

VALEUR COMPARÉE DE CHACUN DE CES TRAITEMENTS

Le traitement orthopédique a donné de si piteux résultats que l'opinion unanime des chirurgiens l'a relégué au dernier plan.

Il ne peut même pas être adopté comme l'ultime ressource des luxations inopérables, cette perpétuelle suggestion d'un appareil à laquelle est condamnée une fillette pour sa vie entière lasse les plus patients.

Lorenz s'exprime ainsi à leur sujet : « A mon avis, les résultats qu'on peut obtenir par des appareils, quels qu'ils soient et employés pendant beaucoup d'années, ne sont pas le moins du monde comparables aux résultats que nous offre la réduction manuelle — Congrès de 1900. »

Le seul cas dans lequel le traitement orthopédique aurait peut-être chance de donner quelques résultats serait celui que nous voyons le plus rarement : les luxations congénitales à leur début. Il est certain que si un diagnostic peut être établi vers l'âge de 15 ou 18 mois dès les premiers pas de l'enfant, comme l'a proposé *Kirmisson*, un appareil prothétique combiné avec une extension conti-

(1) *Scheede*. — *Verhandlung d. deut. naturf. u. Aertze*. (Leipzig, 1877).

(2) *Kirmisson*. — *Revue d'orthopédie*, 1894.

IODALOSE GALBRUN

SOLUTION CONCENTRÉE ET TITRÉE DE PEPTONIODE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

Combinaison complète et stable de l'Iode avec la Peptone.

REMPLACE TOUJOURS avec avantage IODE et IODURES sans IODISME

Arthritisme, Goutte, Rhumatisme, Artériosclérose, Angine de Poitrine, Maladies du Cœur et des Vaisseaux, Asthme et Emphysème, Scrofule, Affections glandulaires, Rachitisme, Goitre, Fibrome, Syphilis, Obésité.

Iode physiologique VINGT FOIS PLUS ACTIF que l'Iode des Iodures.

Cinq gouttes IODALOSE, renfermant un Cgr. Iode physiologique, agissent comme vingt-cinq Cgr. Iodure.

Doses MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants ; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

Communication au XIII^e Congrès International de Médecine, Paris 1900.

Pharmacie GALBRUN, 4, Rue Beaurepaire, PARIS ET TOUTES PHARMACIES.

nue, fixant l'articulation, l'immobilisant en position d'abduction légère, c'est-à-dire dans la situation qui permet le mieux la coaptation du fémur et du bassin, aurait peut-être chance d'éviter une luxation complète, en permettant à la capsule de diminuer son ampleur et son relâchement.

Mais que de conditions pour réussir : d'abord être appelé auprès du malade à cette date prévue, or, les parents ne peuvent soupçonner la lésion ; puis poser exactement un diagnostic très difficile et avec assez de conviction pour donner aux parents la persévérance nécessaire.

Il sera difficile de réaliser à ce point de vue l'éducation des familles et pendant longtemps encore elles ne nous amèneront les enfants que lorsque la lésion sera évidente, c'est-à-dire au-dessous des ressources d'une orthopédie précocée.

En présence d'une luxation congénitale il ne reste donc guère que deux solutions — ou ne rien faire, ou choisir entre le Lorenz à l'opération sanglante.

Ne rien faire est toujours tentant pour certains esprits ; c'est même une des solutions favorites du public. L'attachement des mères aux pauvres petits boiteux trouve des arguments inattendus en faveur de l'abstention. Pourvu qu'elles trouvent un médecin complaisant qui comme consolation leur donne le conseil d'attendre, qui leur dise que peut-être en grandissant la situation s'améliorera, elles se déclarent satisfaites.

Malheureusement il est une épithète qu'on devrait régulièrement ajouter à la luxation congénitale, c'est l'adjectif progressive.

Vers le début la tête fémorale s'éloigne peu du cotyle, le sourcil de ce dernier s'écule lentement comme le talon d'une chaussure, l'enfant boîte peu ; lorsqu'on le gronde il arrive par contracture de ses fessiers et de ses muscles pelvi-trochantériens à corriger sa boiterie.

Le déhanchement, le raccourcissement ont une allure plus insidieuse.

Mais à mesure que le poids du corps augmente, que les nécessités croissantes de la marche arrivent, le fémur glisse le long de l'os iliaque, et il n'est pas de limites à cette ascension. On voit des malades dont la tête fémorale dépasse la crête iliaque, au-dessus d'elle surplombe un dôme de muscles relâchés, inertes, atrophiés, absolument inutiles, et ce n'est qu'avec des béquilles que l'enfant peut se soutenir.

Personne ne peut affirmer qu'une luxation double ou unilatérale, à peu près supportable à 5 ou 6 ans, n'arrivera pas, à partir de l'âge de 12 ou 13 ans, à en être réduite aux béquilles.

Cette marche insidieuse est la cause parfois de notre impuissance. Au lieu de faire opérer l'enfant vers l'âge de 5 ou 6 ans, les parents s'endorment dans une fausse tranquillité et ce n'est que vers l'âge de 10 ou 11 ans qu'ils se décident trop tard ; l'âge des luxations irréductibles est arrivé.

Hoffa (1) donne « comme limite extrême pour la reproduction sanglante, la 10^{me} année dans les cas unilatéraux, la 7^{me} dans les luxations bilatérales. »

Lorenz donne la même limite pour la réduction non san-

glante « 10 ans pour les unilatérales, 7 à 8 ans pour les bilatérales. »

Je vais étudier les statistiques de l'opération sanglante et de la réduction de Lorenz d'abord au point de vue de la mortalité. Dans un chapitre suivant, nous les comparerons au point de vue des résultats fonctionnels qu'elles donnent.

STATISTIQUE DE L'OPÉRATION SANGLANTE DE HOFFA AU POINT DE VUE DE LA MORTALITÉ ET DES ACCIDENTS

HOFFA — 1^{re} statistique (Revue orth. 1891). — 54 opérés — 5 morts.
KIRMISSON (Revue d'orthopédie — mai 1893).

PREMIÈRE OBSERVATION. — Luxation bilatérale, — impossibilité de replacer la tête fémorale — suppuration, néphrite — marche avec des béquilles.

OBS. 2. — Le bassin est perforé en creusant le cotyle, accidents opératoires menaçants — néanmoins résultat assez bon.

OBS. 3. — Perforation du bassin dans l'évidement du cotyle — récurrence de la luxation peu de temps après la marche.

OBS. 4. — Luxation double — opérée à droite par Broca, à gauche par Kirrison. Bassin perforé dans le cours de l'opération — récurrence du côté droit.

OBS. 5. — Luxation unilatérale. Suites graves. — Suppuration de la plaie. — Abscess fistuleux. — Observation incomplète.

OBS. 6. — Luxation bilatérale — perforation du bassin — impossibilité de réduire. — Hémorragie. — Opération inachevée — Mort.

KIRMISSON, 2^e statistique (Rev. d'orthop. mars 1894.) — 7 opérations, 2 morts.

LEJARS (Congrès de chirurgie, 1893). — 1 opéré — 1 mort.

BRADFORD (Ann. de chirurgie, 1894). — 5 opérés — 3 morts.

LORENZ (1^{re} statistique. Opérations à la clinique d'Albert). — 12 cas — 2 morts.

LORENZ (2^e statistique à la clinique de Eder) — 100 cas. — Pas de mort — 1 cas d'érysipèle.

GIBNEY (Académie de médecine à New-York, 21 an. 1893). — 6 opérés — 4 morts.

DELANGLADE (Thèse, 1896). — 3 opérés — 2 morts.

BROCA (Thèse Delanglade, 1896). — 39 opérés — 3 morts — 3 insuccès.

KIRMISSON (Statistique complète) — 35 opérés — 8 morts.

HOFFA (Statistique du Congrès de 1900). — 248 opérés — 10 morts.

Les 132 dernières opérations sans aucun décès.

On peut constater que la gravité opératoire et le danger de mort constituent le grand reproche que l'on peut faire à l'opération de Hoffa.

En prenant en bloc les opérations que j'ai pu relever avec leurs suites opératoires, on trouve 516 opérations ayant fourni 41 morts, soit une mortalité de 8 pour 100.

Si on élimine les brillantes statistiques de Hoffa et de Lorenz, la mortalité pour les autres opérateurs monte à 23.52 pour 100, sans tenir compte des accidents graves qui pendant de longs jours ont mis la vie des malades en danger.

Ce tableau est d'autant plus effrayant que la luxation ne menace pas la vie et qu'on doit en conscience se demander si l'on est en droit de faire courir pour une simple difformité de tels dangers.

Il faut reconnaître que Hoffa et Lorenz par leur habileté ont pour ainsi dire monopolisé l'opération sanglante, et qu'il est dangereux de les suivre.

(1) Rapport 1900.

Pendant que Hoffa exposait au Congrès de 1900 sa technique, on sentait malgré une modestie et une bonhomie très franche qu'il aurait redouté de voir le bistouri en d'autres mains que les siennes. « Moi-même, disait-il, malgré ma « grande habitude j'ai souvent eu des difficultés à trouver la cavité »; plus loin dans un français dont il s'excusait « c'est « de la sculpture qui sera le mieux faite par celui qui a du « talent ».

La dernière statistique qu'il présentait était bien meilleure que ses précédentes, elle comprenait 248 opérés sur lesquels 10 décès sont survenus à la suite de l'opération : « 7, hélas ! ajoutait-il, en payement cher d'apprentissage « afin d'arriver à la technique complète d'aujourd'hui, » tant il est vrai qu'il n'est pas un progrès qui ne se paie en vies humaines.

Ses 132 dernières opérations n'ont donné lieu à aucun décès.

L'assistance applaudit à tant de persévérance, d'habileté conquise de haute lutte, mais je me demandai si parmi les chirurgiens présents beaucoup oseraient à leur tour tenter un apprentissage aussi coûteux.

Hoffa ayant déjà fait du reste généreusement le sacrifice de son amour-propre d'auteur, redoutait peut-être, sans vouloir le dire, qu'on l'imitât; au Congrès de Berlin, il avait déjà apporté une statistique de 104 cas de réduction non sanglante, et nous pûmes l'entendre en 1900 terminer ainsi son exposé.

Je transcris fidèlement le compte rendu de la section de chirurgie de l'enfance publié par Villemain et Broca.

« Je résume mes observations sur l'opération sanglante « de la luxation congénitale de la hanche dans les conclusions suivantes :

« 1° Dans chaque cas de luxation congénitale, on essaiera d'abord la reposition non sanglante. Si la non sanglante « ne réussit pas à cause d'une raison quelconque, l'opération sanglante est indiquée. »

Les autres conclusions sortent de notre sujet.

STATISTIQUE DE L'OPÉRATION DE LORENZ AU POINT DE VUE DE LA MORTALITÉ ET DES ACCIDENTS

LORENZ (Congrès de Berlin 1899). — 360 opérés — 1 mort par oblitération de la fémorale — 10 fractures — 3 morts par chloroforme.

HOFFA (Congrès de Berlin, 1899). — 170 opérés — 1 mort, convulsions après l'opération.

MICKULICZ (Congrès de Berlin, 1893). — 7 opérés — pas de mort.

PETERSEN (Congrès de Berlin, 1893). — 161 opérés — pas de mort.

REDARD (Congrès de 1900). — 32 opérés — pas de mort — pas d'accident.

BROCA et MOUCHET (Congrès de 1900). — 38 opérés — pas de mort — 2 fract. sous-trochantériennes sans influence fâcheuse sur le résultat définitif bon — 1 fracture dans le cours du traitement — résultat bon.

FRÖELICH (Congrès de 1900). — 21 opérés — pas de mort — 1 fracture.

BRUN (Société et Chirurgie, 1900). — 32 articulations opérées — pas de mort — pas d'accident.

DUCHROQUET (Congrès de 1900). 15 opérés — pas de mort — pas d'accident.

COUDRAY (Congrès de Berlin, 1899). — 10 opérés — pas de mort — pas d'accident.

PIECHAUD (Congrès de 1900). — 50 opérés — pas de mort — pas d'accident.

KIRMISSON (Thèse Lelong, 1901). — 31 opérés — pas de mort — pas d'accident.

NOVÉ-LOSSERAND (Revue des Maladies de l'Enfance, juin 1901). — 69 articulations opérées — pas de mort — 2 fractures.

GORDON (Revue Médicale, n° 30, 1901). — 116 opérés — pas de mort.

BOUREAU (Statistique actuelle). — 22 articulations opérées — pas de mort — pas d'accident — 1 fracture du fémur par chute de l'enfant 4 mois après l'opération, sans influence sur le résultat.

Le total des opérés est de 1134 avec 5 morts, ce qui donne une mortalité de 0,44 pour 100.

Il est curieux de constater que lorsqu'il s'agit d'opération sanglante, Hoffa et Lorenz donnent des statistiques où la mortalité par rapport à leurs imitateurs est très minime, alors que lorsqu'ils appliquent la méthode non sanglante, ils accumulent à eux seuls la mortalité globale.

On trouve facilement, à la lecture des monographies, la cause de cette anomalie.

Hoffa et Lorenz que leur habileté opératoire rend plus audacieux tentent la réduction dans certains cas où l'âge ou d'autres conditions défavorables auraient fait reculer d'autres opérateurs.

On remarquera en outre que sur les cinq morts de la statistique, 3 sont imputables au chloroforme et qu'à la rigueur M. Lorenz n'en est pas responsable. C'est là l'aléa de toute opération importante quelle qu'elle soit, pratiquée sous le sommeil anesthésique.

En résumé la conclusion s'impose : Adoptons le Lorenz d'abord, comme le dit Hoffa, et en cas d'insuccès l'opération sanglante. Les statistiques précédentes en donnent l'indication.

Du reste, quand vous vous trouverez en présence d'une luxation congénitale, je vous conseille d'exposer très nettement les deux interventions aux parents et d'attendre leur réponse. Elle sera invariablement la même : pas d'instrument tranchant. Avant même que vous leur ayez franchement dit que le Hoffa entraîne fatalement des risques sérieux, leur choix est déjà fait ; le bon sens a répondu.

ACCIDENTS DU LORENZ

S'il est vrai que sa mortalité est excessivement faible, il serait absolument inexact de présenter l'opération de Lorenz comme une intervention ne donnant jamais lieu à des accidents. Ce serait la première fois qu'en chirurgie nous n'aurions aucun risque en face de brillants résultats. On ne peut gagner à tous coups sur la table d'opérations.

Un des accidents les plus fréquents ce sont les fractures.

Sur des enfants de 9 à 16 ans, Lorenz eut 10 fractures du col sur 360 opérés. Il en semble peu effrayé, il nous apprend que « le résultat final ne diffère pas sensiblement de ceux où le col était intact. ». Chez un enfant, la consolidation est rapide, l'extension corrige assez bien le raccourcissement.

Sur la diaphyse fémorale la fracture est moins grave.

Hoffa a vu se produire une fracture chez un rachitique après un effort insignifiant.

Enfin les fractures du fémur peuvent se produire dans l'appareil à la suite de chutes (observ. de Broca). J'ai vu chez une de mes opérées le même accident se produire 4 mois après l'opération sur un parquet glissant. — Le

résultat final n'en fut pas influencé. Lorsqu'ils sont emprisonnés dans leur carapace de plâtre, les enfants remuants doivent être surveillés de près.

Chez une tuberculeuse, Broca vit après la manœuvre du Lorenz évoluer rapidement vers la suppuration une coxalgie.

Les nerfs peuvent être lésés par distension. On constate alors des névralgies, ou des parésies plus ou moins persistantes.

Lorenz (1) signale 5 paralysies du quadriceps, deux paralysies du sciatique poplitée. Hoffa 2 paralysies sciatiques.

Ces paralysies ont guéri, les douleurs ont persisté plus ou moins longtemps.

Un peu de modération dans l'application de la vis de Lorenz, savoir un peu maintenir dans de justes limites la force musculaire qu'il est nécessaire de déployer dans la réduction doivent rendre très rares ces accidents.

En général les suites opératoires sont assez simples. Le premier jour, l'enfant indisposé par le chloroforme, gêné dans sa nouvelle attitude, se plaint assez vivement. Parfois un peu d'opium est nécessaire. On constate en général une contracture des muscles fléchisseurs de la jambe qui dure 2 ou 3 jours, le genou est sensible.

Parfois un peu de fièvre, quelques ecchymoses et de l'œdème vulvaire. 4 ou 5 jours au plus et tout disparaît.

J'ai constaté chez une opérée, 6 jours après l'opération, une crise d'hystérie compliquée de délire nocturne.

Au total rien de grave qui puisse effrayer.

QUE DOIT-ON ENTENDRE PAR BONS RÉSULTATS FONCTIONNELS ?

Quand il s'agit de lésions de malformation comme la luxation congénitale, il est nécessaire de s'entendre sur ce que peut et doit être un bon résultat définitif.

Il est évident qu'on ne peut espérer, quel que soit le procédé, sanglant ou non, un retour complet de l'articulation à l'état absolument normal.

L'extrémité supérieure du fémur est toujours déformée, même au début ; elle diffère dans sa forme et dans sa direction d'une extrémité normale.

Le cotyle est généralement, alors même que sa texture osseuse serait intacte, comblé ; son orientation n'est pas normale.

L'angle fémoral du col a varié. Une torsion plus ou moins accentuée le porte en arrière la plupart du temps, c'est ce qu'on appelle son inversion.

La coaptation aussi parfaite qu'elle soit laisse subsister ces déformations du cotyle et du fémur.

Le raccourcissement du membre luxé tient à deux causes.

La plus importante est due à l'ascension du fémur le long de la fosse iliaque, ascension que rien n'arrête, qui avec l'âge progresse fatalement.

La seconde est due à l'atrophie qui touche toujours un membre luxé congénitalement, aussi bien dans ses muscles que dans ses os, qui frappe aussi bien l'épaisseur de l'os que sa longueur.

Ce que Lorenz (2) appelle l'arrêt de développement.

(1) Lorenz. — Ueber die Heilung der angeborenen, etc... Leipzig und Wien, 1900.

(2) Lorenz, page 234. — Pathologie de la luxation congénitale.

Fait facile à vérifier en mesurant dans une luxation unilatérale chaque fémur du grand trochanter aux condyles.

Hoffa signalait cette atrophie au congrès de 1900 dans cette phrase :

« Dans la luxation unilatérale, nous compensons le « raccourcissement de la jambe qui a pour cause l'élévation « de la tête fémorale et il ne reste que le raccourcissement « qui dépend de la formation du fémur. »

Un raccourcissement de 6 cent. 1/2 comme j'en ai vu plusieurs comprend toujours de 1 à 3 cent. selon l'âge de l'enfant, dus à l'atrophie fémorale.

La restitution ad integrum est donc une chimère. Du reste, est-ce que nous l'obtenons après la cure la plus parfaite d'un pied-bot congénital, d'un bec-de-lièvre, etc... ?

On a contesté à tous les opérateurs et à Lorenz en particulier la reconstitution d'une articulation normale. Il ne réalisait pas une réduction réelle de la luxation, disait Kirmisson. La plupart du temps, il n'arrivait qu'à produire une transposition, il transformait simplement une luxation postérieure s'appuyant dans le vide de la fosse iliaque externe en une luxation antérieure s'appuyant aux environs ou sur l'épine iliaque antérieure et inférieure.

On ne contestait pas les améliorations, on contestait la situation anatomique du fémur.

Lorsque la radiographie est venue éclairer ces discussions, on a soutenu que l'on n'obtenait la vraie réposition dans le cotyle que dans un certain nombre de cas. (A)

Discussion toute théorique ; il est évident que l'acte opératoire ne peut utiliser, dans une mesure plus ou moins parfaite, que les éléments anatomiques préexistants. Une tête fémorale en tampon ; a beau être mise en place, elle est encore en tampon ; un cotyle qui manque de profondeur sera le même au lendemain d'une réduction. Un ligament rond restera toujours absent. Dans de telles conditions une jointure nouvelle ne sera que la caricature d'une hanche normale.

Mais si l'enfant marche correctement, ne souffre plus, ne se fatigue plus, s'il ne présente plus qu'un raccourcis-

(a) La réduction anatomique du fémur dans l'ancienne cavité est incontestable, on l'obtient en général dans la moitié des cas. On en trouvera la preuve dans les autopsies suivantes.

1^{re} Paci de Pise (*Società italiana di chirurgia II. Policlinico*, 15 avril 1894). — Enfant opérée par réduction non sanglante d'une luxation double, succombait à une dysenterie 4 mois après. — Les deux têtes du fémur ont été trouvées dans le cotyle normal, les cotyles pathologiques étaient déjà presque obturés.

2^{me} autopsie de Nové-Josserand (*Revue des maladies de l'enfance* 1900). Luxation congénitale unilatérale opérée par réduction non sanglante, présentée à la Société de chirurgie de Lyon.

Le traitement était terminé depuis trois mois, l'enfant marchait librement lorsqu'elle succomba à de la dyptérie. La mort est survenue 15 mois après l'opération. « A l'autopsie on trouve une articulation en place affectant le même type que l'articulation normale, solide, se prêtant à toutes les exigences physiologiques, malgré quelques imperfections, telles qu'une légère déformation de la tête, l'absence du ligament rond, la faible profondeur du cotyle. »

3^{me} autopsie de A. Petit, service de Brun (*Thèse Paris*, 1902). Luxation unilatérale opérée par Brun, meurt un mois après de dyptérie. On constate la présence d'une capsule distendue, une cavité cotyloïdienne, contenant la tête fémorale petite, une fausse cavité vide séparée du cotyle vrai par un rebord épais, saillant.

A l'appui de la réduction anatomique, Brun (*Presse médicale* 19 oct. 1901) a présenté des radiographies faites avant et après le traitement montrant la tête fémorale exactement adaptée à la cavité cotyloïdienne.

Nous en possédons un certain nombre qui ne peuvent se discuter au même point de vue.

sement minime, le résultat est bon, que vous l'avez obtenu par une reposition ou par une transposition.

Le malade et les parents n'ont cure, au point de vue des résultats, de ces distinctions anatomiques.

L'opéré a-t-il de l'acte opératoire obtenu une amélioration ou une guérison des troubles fonctionnels dont il se plaignait, tout est là.

La valeur de l'opération est tout entière dans le résultat qu'elle donne et non dans le résultat anatomique.

C'est sur ce résultat fonctionnel que doivent porter les exigences avec d'autant plus de raison que le résultat anatomique se modifiera plus tard si le résultat fonctionnel est bon.

Pour s'en rendre compte, il suffit de connaître la merveilleuse aptitude de l'enfant à modifier sa charpente osseuse qui n'est pas arrivée à sa forme définitive.

Une tête fémorale rugueuse, en forme de tampon aplatie par un contact sur la surface plane de l'os iliaque, s'arrondira dans un cotyle hémisphérique.

Un cotyle sans saillie périphérique, deshâbité depuis longtemps, se creusera, se taraudera sous les frottements et la pression d'une tête fémorale. Les rapports articulaires s'amélioreront, il se fera une adaptation du contenant et du contenu. Avec le temps s'élaborer un travail morphogénétique qui tend à reconstituer une jointure normale : la caricature de l'articulation ressemble de plus en plus à l'original et en devient même une bonne copie dans les cas favorables.

Pour être moins parfaite si la réduction n'est pas anatomique, si vous n'avez obtenu qu'une transposition, l'amélioration fonctionnelle aura sur cette néarthrose les mêmes bons effets. La fonction fait l'organe, l'amélioration de la marche, la diminution ou la disparition du raccourcissement reposeront une articulation.

On voit donc que tout est subordonné à la restauration fonctionnelle et que l'appréciation de la valeur d'une intervention est tout entière dans les résultats qu'elle donne.

Lorsqu'on examine à ce dernier point de vue les observations, on constate que la plupart sont d'une concision désolante.

On a noté que le résultat est bon, l'enfant marche bien, le raccourcissement a diminué ou a disparu et c'est tout.

Il serait cependant utile de dissocier l'amélioration et d'apprécier en détail le terrain conquis, de placer en regard de chaque trouble fonctionnel le résultat obtenu, de savoir dans quelle mesure et sur quels points on a rendu au membre luxé son fonctionnement normal ?

Je propose de procéder en adoptant cette classification.

1 ^o Claudication.....	} Résultat esthétique
2 ^o Raccourcissement.....	
3 ^o Enclature, attitudes vicieuses.....	
4 ^o Atrophie du membre.....	} Résultat fonctionnel
5 ^o Fatigue de la marche et douleurs.....	
6 ^o Etendue des mouvements.....	

Je vais être obligé de présenter les statistiques telles qu'on les trouve, tout en relatant ce que chaque auteur a noté de particulier.

RÉSULTATS FONCTIONNELS ET ESTHÉTIQUES OBTENUS PAR L'OPÉRATION SANGLANTE ET PAR LA RÉDUCTION DE LORENZ.

1^o Opérations sanglantes.

Il serait injuste de faire entrer en ligne de compte les résultats déplorables qu'ont obtenus les premiers opérateurs, alors que la technique n'était pas encore fixée.

Je passerai également sous silence les essais de ceux qui n'ont opéré qu'un petit nombre de cas pour ne prendre que les brillantes statistiques de Lorenz et de Hoffa en pleine possession d'un procédé précis et dans lesquels ils ont pour ainsi dire donné leur maximum.

Statistique de Hoffa. — Hoffa a présenté au congrès de 1900 le résultat de 248 opérations, soit à examiner 238 résultats, déduction faite des 10 décès.

Une partie de ce stock a été opérée par son premier procédé avec ténatomie des muscles — l'ensemble des résultats a été bon — il ne donne pas de détails.

La seconde portion comprenait 132 opérations en épargnant les muscles (*Méthode sanglante Hoffa-Lorenz*), elle a donné les résultats suivants :

Durée du traitement : 4 mois.

Sur 82 luxations unilatérales, 35 fois le résultat a été parfait, « les malades sont guéris dans le sens anatomique et fonctionnel. »

« 27 fois le résultat a été bon dans le sens fonctionnel. La position de la tête n'était pas irréprochable ; aussi la mobilité de la nouvelle articulation n'était pas absolument libre, l'adduction surtout n'était pas tout à fait normale.

« La marche des enfants était très bonne.

« Sur 25 luxations bilatérales (donnant en réalité 50 opérations), dans 14 j'ai obtenu un résultat irréprochable.

« Dans 4 le résultat était bon d'un côté.

« Dans 5, une des jambes, il persiste une contracture en légère flexion-adduction, sur 3 de ces enfants j'ai encore pu améliorer le résultat par une ostéotomie sus-trochantérienne. Dans un autre cas, j'ai recommencé l'opération et par cette seconde opération j'ai obtenu une bonne position.

« Des reluxations n'ont pas été observées.

J'ai déjà noté la première de ses conclusions engageant à essayer le Lorenz avant de recourir au bistouri.

Dans une autre partie de son discours il ajoute : « Nous avons, pendant les dernières années, essayé d'abord les repositions non sanglantes de Lorenz ; ainsi dans les cas opérés par la méthode sanglante, il est toujours question de cas graves et inaccessibles à l'autre méthode. »

— Autrefois Hoffa avait déjà reconnu que l'opération non sanglante donnait des articulations plus mobiles.

Statistique du procédé sanglant Hoffa-Lorenz pratiqué par Lorenz.

Sur 100 cas :

La relaxation en avant s'est produite 15 fois pendant la cicatrisation de la plaie.

Ce ne sont pas de véritables succès, le résultat fonctionnel restant assez bon.

Dans les 85 succès le raccourcissement varie entre quelques millimètres et 1 cent. 1/2. Il est très rare qu'il dépasse 2 centimètres.

La correction de la marche est d'autant meilleure que l'état des muscles est amélioré.

Ces 85 cas ont donné 4 guérisons en ankylose.

« J'estime qu'on a obtenu une excellente mobilité articulaire quand on peut fléchir la cuisse à angle droit. » — La claudication ne disparaît qu'autant que les muscles recouvrent toute leur énergie.

Elle s'améliore de mois en mois. Chez les enfants opérés depuis un an à un an et demi elle est presque disparue.

Dans 14 cas, il existait une contracture secondaire maintenant la cuisse en flexion permanente de 15 à 20.

Avec un traitement fort opératoire on peut parer facilement à cette complication.

L'adduction trop prononcée s'est montrée dans 11 cas.

La réduction a supprimé la lordose lombaire, la saillie du ventre et des fesses ainsi que celle du grand trochanter.

Au total, entre les mains de Hoffa et de Lorenz, le traitement sanglant donne de bons résultats comparables point pour point, comme nous le verrons, avec la réduction non sanglante, et si avec raison on ne brave pas le danger du bistouri pour les cas ordinaires, on pourra revenir à l'opération sanglante des cas irréductibles par la première méthode.

2° Procédé de réduction non sanglante de Lorenz.

De même que pour l'opération sanglante je ne ferai pas entrer en ligne de compte les réductions qui ont précédé les modifications importantes que Lorenz a apportées aux premières tentatives. Il a codifié une technique nouvelle, très précise, il est juste de ne porter à l'actif de cette méthode que les opérations qui lui ont emprunté dans sa totalité son mode opératoire.

Si je fais ces réserves c'est que beaucoup n'ont pas toujours paru saisir les points importants de son procédé, ils ont taillé parfois à tort et à travers, l'ont déformé en voulant le perfectionner.

J'entendais dernièrement narrer devant moi les péripéties successives d'un insuccès par la réduction non sanglante ; or, l'ensemble des manœuvres ne ressemblait que de très loin à un Lorenz et il serait injuste de faire porter à ce dernier l'insuccès obtenu.

Je passe donc sous silence les statistiques de Paci, etc... précurseurs du chirurgien de Vienne.

STATISTIQUE DE LORENZ

En 1897, Lorenz venait d'instituer sa méthode.

Plein d'enthousiasme, il écrivait : « Il n'existe plus en Allemagne aucun doute au sujet de la reposition. Schede et Hoffa en ont réalisé plus de 100. Moi-même j'ai dépassé la centaine. Au début j'eus à compter avec quelques insuccès, mais actuellement je suis en droit d'affirmer que la non réussite est une rareté chez les sujets de moins de 10 ans. » A la fin de 1898 il reconnaît qu'il n'y a pas toujours réduction anatomique « mais cela n'a aucune importance puisque le résultat fonctionnel est excellent ».

La même année Kælliker (1) publie sa statistique : 38 opérations, 11 insuccès.

En 1899 au Congrès de Berlin la statistique de Lorenz porte sur 360 cas, 22 échecs, 15 fois reluxations réduites à nouveau.

En 1900 au Congrès de Paris il énonce ainsi ses résultats :

« Dans la statistique qui m'est personnelle la moitié des cas donne des résultats très satisfaisants au point de vue fonctionnel, aux résultats anatomiques mauvais. L'autre moitié donne des résultats anatomiques et fonctionnels tout à fait satisfaisants.

Dans les bilatérales : résultats anatomiques et fonctionnels parfaits dans un quart des cas.

Dans le reste guérison fonctionnelle « ou au moins amélioration » très considérable de la fonction, car la lordose lombaire disparaît complètement et la marche se fait presque sans claudication et sans fatigue. »

(1) Kælliker. — Centralblatt, für chirurgie. 22 octobre 1898.

Hoffa publié en 1900 (de 1896 à 1899).

42 unilatérales	{	3 cas très bons.
		31 cas bons.
		5 cas médiocres.
22 doubles	{	15 fois résultat fonctionnel satisfaisant ;
		4 cas, réduction d'un côté — transposition de l'autre ;
		3 cas d'insuccès.

Mikulicz. — 7 cas, 4 guérisons complètes ; 3 améliorations.

Broca et Mouchet. — Congrès de 1900.

« Nos résultats se décomposent de la manière suivante :

« 15 excellents sur lesquels il y a 8 luxations bilatérales (2 de ces bilatérales ont dû être opérées d'un côté par la méthode sanglante).
« Quand nous parlons d'excellents résultats nous avons en vue autant la forme, l'esthétique de la hanche que son fonctionnement.
« 25 résultats satisfaisants, ce qui signifie que les enfants ont conservé une légère boiterie par raccourcissement ou une atrophie assez visible de la région fessière et crurale ; mais il n'y a pas de dandinement, pas de fatigue après la marche et en somme le fonctionnement de la jointure est bon parce que la suspension du tronc sur le fémur est bonne, parce que la surface d'appui présentée par le bassin à la tête fémorale est satisfaisante. »

7 résultats passables ;

5 résultats mauvais ;

9 résultats inconnus ;

1 fillette morte de rougeole en cours de traitement ;

En tout 62 cas. 65 0/0 de bons résultats fonctionnels.

Bran (Société de Chirurgie, 1900). — Conclusions — sur 25 réductions non sanglantes :

1° Dans certaines conditions d'âge et surtout en opérant de 3 à 6 ans, la réduction est presque toujours possible à obtenir ;

2° Dans certaines conditions de traitement consécutif et en particulier d'immobilisation il est presque toujours possible de transformer une réduction tout d'abord instable en une réduction fixe et définitive.

Redard (Congrès de 1900). — 32 cas de réductions non sanglantes :

17 ont donné des résultats fonctionnels très satisfaisants ;

Chez les autres, on note un peu de cavité articulaire et de la fatigue à la marche.

Frælich (congrès de 1900) : 21 cas, 13 bilatérales, 8 unilatérales.

Il a obtenu 8 résultats parfaits.

Coudray (congrès de 1900) : 10 cas.

« La marche des malades était bonne, presque parfaite pour quelques-uns. »

Nové-Josserand (Revue des maladies de l'Enfance. Juin 1901). — Résultats de 46 réductions :

25, très bon état fonctionnel	soit 54 0/0
8, bon état fonctionnel	— 18 0/0
9, améliorations	— 20 0/0
4, insuccès	— 9 0/0

Gourdon (Presse médicale, av. 1904). — Résultats de 116 opérations, 17 échecs.

Caubet (service de Brun, Thèse Paris 1903). — 43 observations. Résultats fonctionnels. — Luxations unilatérales : 26 cas.

Résultats parfaits	4 cas	{ 61.5 0/0
Résultats très bons	12 cas	
Améliorations	5 cas	
Aucune amélioration	3 cas	
Résultats inconnus	2 cas	
Luxations bilatérales : 14 cas		
Résultats parfaits	2 cas	{ 28.5 0/0
Résultats très bons	2 cas	
Améliorations	5 cas	
Aucune amélioration	4 cas	
Résultats inconnus	1 cas	

Boureau (statistique inédite, mai 1904). — 22 réductions

7, très bon état fonctionnel.

2, bon état fonctionnel.

1, amélioration.

2, insuccès. Une reluxation

— Une irréductible.

10 en traitement.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'OPÉRATION NON SANGLANTE

Les bons résultats se maintiennent dans leur intégrité — très souvent même l'atrophie du membre diminue, les restes de l'ensellure disparaissent, les mouvements de l'articulation augmentent d'ampleur.

Les résultats sont d'autant meilleurs que la réduction a été anatomique. — La tête ne quitte plus son cotyle, ils se modèlent l'un sur l'autre.

Lorsque l'opération n'a donné qu'une transposition antérieure, il semblerait que la restauration de l'articulation soit plus fragile, néanmoins (Thèse Lelong, 1900) sur 8 cas de transposition, l'auteur qui a suivi des malades de Kirmisson constate au bout de plusieurs années que « tous ces cas de transposition donnent au point de vue fonctionnel des résultats bons, quelquefois même excellents — on note chez deux malades de la tendance à la rotation en dehors, les mouvements n'ont pas toujours leur amplitude normale, mais la boiterie a disparu ou diminué. La marche est bonne. Elle se fait bien et solidement même chez les deux malades âgés de 13 et 14 ans, chez lesquels la transposition s'est faite au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le raccourcissement est cependant assez important, mais les têtes sont bien fixées et l'abaissement du bassin du côté malade le corrige en partie. »

Coudray (Congrès de 1900) « J'ai pu revoir trois de ces malades atteints de luxations unilatérales et qui marchent sans appareil depuis 26 mois, 16 mois et un an et j'ai pu constater que la marche est excellente et que la tête fémorale est rentrée dans sa position. »

C'est là la réalité, non seulement les résultats acquis se maintiennent, mais ils s'améliorent de mois en mois, d'année en année.

J'ai toujours revu mes opérés en bien meilleure situation que je ne les ai quittés. Comme exemple j'ai pu présenter à la Société Médicale d'Indre-et-Loire (séance du 23 avril et séance du 7 mai 1904) deux enfants opérés depuis 11 mois et 18 mois. Le résultat fonctionnel s'était amélioré au point de donner une marche parfaite. Il fallait examiner les enfants nus pour retrouver quelques traces de l'ancienne lésion.

Enfant Moussier. — La première opérée depuis 11 mois marche sans aucun appareil depuis le 21 décembre 1903, soit 4 mois. Son examen donne les résultats suivants :

Résultat esthétique — claudication imperceptible. Le pied frappe le sol un peu moins vivement que du côté sain. Raccourcissement nul.

Ensellure. — Légères attitudes vicieuses. Le bassin très légèrement incliné du côté malade.

Atrophie du membre. — Cuisse réduite, 1 centimètre de moins de pourtour que la cuisse saine. Fesse un peu moins saillante.

Fatigue et douleurs à la marche. — Nulles. L'enfant court et marche normalement.

Mouvements. — La flexion de la cuisse atteint l'angle droit ; l'extension normale ; l'abduction un peu limitée ; l'adduction normale.

Résultat parfait qui s'est amélioré considérablement depuis le dernier appareil.

Enfant Thérèse Joly. — La seconde opérée depuis 18 mois marche libre de tout appareil depuis 11 mois ; au 3 mai 1904 son examen donne les résultats suivants :

Claudication. — Imperceptible. En la faisant marcher devant soi il est très difficile de savoir quelle est la cuisse opérée.

Raccourcissement. — Un demi-centimètre compensé par un abaissement parallèle du bassin.

Ensellure. — Nulle.

Attitudes vicieuses. — Nulles. Pas de scoliose.

Atrophie du membre. — Fesse du côté opéré un peu moins saillante.

Fatigue à la marche et douleurs. — Nulles. — L'enfant en pension fait toutes les promenades de ses camarades.

Mouvements. — Aussi étendus que du côté sain. L'enfant s'accroupit, se relève sans effort, se place dans la situation du tailleur sur son établi.

Elle s'est certainement améliorée depuis son dernier appareil. Un talon plus élevé de un demi-centimètre du côté opéré rétablira la compensation qu'établit le bassin.

Une radiographie que m'a fournie mon confrère le Dr Joulia comparée à celle qu'il avait déjà donnée avant et après l'opération démontre que non seulement la tête fémorale est dans le cotyle, mais qu'elle a perdu sa forme en tampon, s'est arrondie et a augmenté de volume.

« Voici l'opinion de Coubet (service de Brun. — Thèse, Paris, 1903.)

« Tous les malades traités s'améliorent avec le temps et « on ne peut juger d'une façon vraiment éclairée le résultat obtenu que plusieurs mois après la fin du traitement. « On voit ainsi s'améliorer d'une façon étonnante des cas « qui au début paraissaient peu satisfaisants. »

Lorenz (1) a suivi 135 cas pendant un certain temps après la cessation du traitement : 49 fois la tête du fémur occupait sa position normale dans la cavité cotyloïde et 86 fois une articulation nouvelle s'était formée en avant et au-dessus du cotyle à proximité de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Il ajoute plus loin :

« Il faut ajouter que d'après mes expériences, ces bons « résultats fonctionnels sont persistants et qu'ils s'améliorent au fur et à mesure que les muscles se fortifient par un « traitement post-opératoire approprié. (Congrès de 1900.)

Mettre en valeur la réduction non sanglante de Lorenz, la préférer aux autres procédés, c'est presque enfoncer une porte ouverte ; aussi ce n'est pas à mes collègues qui s'occupent de chirurgie infantile que s'adressent les lignes précédentes. Il y a longtemps que leur siège est fait, leur conviction est solide. Je n'ai eu pour but que de donner au praticien quelques clartés dans un milieu tout spécial qui lui permettront de se faire une opinion documentée.

OCCLUSIONS INTESTINALES DE CAUSE (2) APPENDICULAIRE

Par M. le Dr L. LAPEYRE de Tours,
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital.

Au même titre que les autres complications de l'appendicite, foie appendiculaire, pleurésie appendiculaire, pyohémie, etc., et même antérieurement à elles les occlusions de cause appendiculaire ont été dans ces dernières années l'objet de sérieuses études.

Cet accident si grave ne paraît pas des plus rares au cours de l'appendicite, et j'ai eu pour ma part l'occasion d'en observer trois cas dont deux ont eu la mort pour dénouement en dépit de l'intervention pratiquée dans tous les cas.

Si l'on distingue, comme cela paraît présenter quelque intérêt pratique, ces occlusions en deux groupes :

1° Celles survenant rapidement au cours d'une attaque appendiculaire opérée ou non ;

(1) Loco citato.

(2) Communication faite au Congrès français de Chirurgie, Octobre 1903.

2^o Celles apparaissant seulement chez des appendiculaires, à distance ou en dehors de toute crise. c'est dans la 2^e catégorie que se rangent mes trois observations. Or, ce dernier groupe me paraît le plus intéressant, car le diagnostic de la cause ne peut être souvent établi qu'au cours de l'intervention, et les morts survenues méritent d'être portées au passif de l'appendicite, ce qui n'a peut-être cependant été fait dans aucune statistique de mortalité appendiculaire.

De plus, dans les deux observations où j'ai pu nettement me rendre compte du mécanisme de l'occlusion, j'ai trouvé des causes très différentes et l'une au moins fort singulière.

Voici ces deux observations, j'élimine à dessein la troisième en raison des renseignements incomplets que me fournit l'intervention faite à la campagne dans des circonstances défectueuses.

OBSERVATION I. — *Occlusion aiguë par volvulus d'une anse grêle, consécutive à une appendicite.*

Alfred B..., garçon de quinze ans, tailleur de pierre, très vigoureux, n'a jamais été malade jusqu'au mois de juin 1901.

A ce moment, il est pris d'une fièvre intense avec phénomènes abdominaux, et transporté à l'hôpital de Tours dans un service de médecine avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Au bout de trois ou quatre jours, le diagnostic est modifié et changé en celui d'appendicite. Le traitement médical amène la disparition rapide des accidents.

Le malade, vingt jours après son entrée, quitte l'hôpital.

Il reprend son travail et ne ressent absolument plus de douleurs dans le ventre jusqu'au 7 octobre 1901.

A cette date, il est pris brusquement d'une douleur atroce, s'étendant à tout le ventre, maxima vers l'ombilic.

L'arrêt des matières et des gaz est brusque et complet.

Un médecin appelé porte le diagnostic d'occlusion.

Malgré les purgatifs, les lavements, aucune émission de gaz n'est obtenue.

Les vomissements apparaissent violents.

Un lavement électrique appliqué aurait provoqué l'émission d'un ou deux gaz.

Mais au bout de quarante-huit heures, tous les symptômes s'aggravent et le malade est transporté à l'hôpital dans mon service le quatrième jour.

Le ballonnement est énorme, le facies mauvais, les vomissements ont pris depuis trente-six heures le caractère fécaloïde.

Température, 36,2. Pouls, 130.

La laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée d'urgence.

Une anse grêle énormément dilatée, vascularisée, se présente dans l'incision; elle est noirâtre, poisseuse, couverte d'un exsudat fibrineux.

De suite, je constate que cette anse est tordue sur elle-même, a subi un volvulus complet.

J'essaye la détorsion, mais ne puis y parvenir, constatant seulement que l'anse tordue et quelques autres sont maintenues par un obstacle placé en arrière d'elles.

Cet obstacle est reconnu être le grand épiploon, qui se trouve ainsi enfoui au milieu des anses intestinales. Son

angle inférieur droit adhère à la fosse iliaque droite: je libère cette adhérence en la coupant entre deux pinces, et suivant le bord inférieur je trouve une adhérence semblable de l'extrémité du bord gauche dans la fosse iliaque gauche.

Cette adhérence est détachée comme la première, mais l'épiploon n'est pas encore libéré.

Du côté droit il est en effet fusionné avec le péritoine pariétal de la fosse iliaque sur une certaine étendue. En cherchant à le dégager, je le libère ainsi du cæcum et de l'appendice qui m'apparaissent.

L'appendice long et volumineux, turgescence et enflammé, est engainé dans une portion de l'épiploon altéré et malade; de nombreuses adhérences fixent le cæcum au péritoine pariétal.

L'appendice dégagé est reséqué avec les portions altérées d'épiploon.

L'épiploon se relève et flotte.

L'anse grêle, atteinte de volvulus, est dès lors facilement détordue et remise en situation normale.

Mais j'essaie vainement de replacer le grand épiploon au devant des anses intestinales, il m'échappe pour rester enfoui au milieu d'elles, quelques-unes continuant à rester en avant de lui.

La réunion de la paroi est faite complète sans drainage.

En raison de l'état très grave du malade, des injections de sérum sont faites pendant l'opération et aussitôt après.

L'appendice examiné contient dans sa cavité quelques gouttes de pus.

Pendant quarante-huit heures, l'état est pour ainsi dire désespéré. En dépit d'injections répétées de sérum, de boules chaudes, la température reste à 36,1, 36,3, le pouls est à 130, 140; les vomissements persistent, une sueur froide couvre les extrémités.

Puis, très rapidement la scène change, le pouls s'abaisse, la température s'élève, les vomissements cessent, l'émission du gaz et des matières se fait.

La guérison est bientôt complète.

Un an après, le jeune homme revient dans mon service pour s'y faire opérer d'une cure radicale de hernie.

Il n'a eu aucun accident depuis son opération, la situation anormale du grand épiploon, qui n'était pas sans m'inspirer quelques inquiétudes, n'a eu aucune suite fâcheuse.

Rien de plus curieux que l'analyse du mécanisme de production de ce volvulus. La gêne opposée par le grand épiploon enfoui et fixé dans les fosses iliaques, au fonctionnement d'une anse intestinale passée au-devant de lui, en a été la cause déterminante.

Le grand épiploon, de son côté, n'a pu continuer à flotter au-devant de la masse intestinale parce que les adhérences de ses angles inférieurs l'immobilisaient.

Une anse grêle s'est alors glissée entre lui et la paroi abdominale antérieure. Mais ces adhérences elles-mêmes étaient le résultat de l'attaque appendiculaire survenue il y a quelques mois et enrayée par l'inflammation protectrice de ce même épiploon.

Le lien qui unit l'appendicite initiale au volvulus terminal se trouve ainsi établi.

Obs. II. — *Occlusion due à une bride constituée par l'appendice lui-même. Laparotomie. Mort au deuxième jour.*

M^{me} P..., quarante-neuf ans, paraissant beaucoup plus, très amaigrie, veuve sans enfants, a souffert à diverses reprises de douleurs vives dans le ventre. Ces douleurs ont toujours été passagères, ne durant que quelques heures, jamais n'ont provoqué l'appel du médecin.

Brusquement, dans la nuit du 9 au 10 novembre 1903, M^{me} P... est prise de douleurs atroces dans le ventre, ayant leur intensité maxima autour de l'ombilic. De ce moment, il y a arrêt complet des matières et des gaz. Des vomissements bilieux apparaissent de suite, le ventre se ballonne.

Un médecin est appelé seulement le 10 au soir : sous l'influence d'un purgatif et d'un lavement avec une grande sonde, une selle est obtenue ; mais aucun gaz n'est rendu.

Le 11, les douleurs sont moins vives, les vomissements se calment.

Le soir, une aggravation brusque se prononce ; les vomissements deviennent fécaloïdes ; le pouls devient faible et rapide, le ballonnement augmente. Température, 37° 8.

La malade, à ce moment, refuse l'appel du chirurgien. Le lendemain seulement, devant l'aggravation des accidents, pouls à 130, vomissements incessants, tendance aux syncopes, la malade est amenée à ma maison de santé à midi trente.

A ce moment, donc le mercredi 12 novembre, soixante heures après le début de l'occlusion, je vois la malade.

La douleur a disparu complètement, le ventre est très ballonné ; cependant les régions latérales, le gros intestin, paraissent indemnes.

Le diagnostic posé est : occlusion aiguë portant sur l'intestin grêle vers sa terminaison. La cause reste insoupçonnée.

La laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée immédiatement.

Du liquide en quantité appréciable s'échappe du ventre.

La main portée vers la fosse iliaque droite rencontre immédiatement une masse dure qui donne la sensation d'un néoplasme de l'intestin.

Il est impossible d'attirer dans la plaie cette masse qui reste fixée dans la fosse iliaque droite.

En prolongeant en haut l'incision et plaçant un grand écarteur, le point malade est mis à découvert.

Ce que sentait le doigt, c'était l'appendice fixé et rigide, tendu comme une corde et écrasant sous lui une anse grêle. Tout dégagement est impossible.

Je dois placer deux pincés sur l'appendice, de chaque côté de l'anse comprimée et sectionner entre elles le vermis au-dessus de l'anse serrée.

Immédiatement, celle-ci se dégage, faisant irruption brusque en avant.

Des plaques noirâtres existent au niveau du sillon d'étranglement, cependant l'intestin paraît susceptible de vivre.

L'anse, très ballonnée, est enflammée, couverte sur 30 centimètres environ d'un exsudat fibrino-purulent.

J'amène cette anse dans la plaie sous des compresses et m'occupe d'extirper chacun des deux segments de l'appendice. La partie caecale est saine et facilement réséquée. Reprenant l'autre segment, je m'aperçois que toute la portion située au-delà du point qui réalisait l'étranglement est gangrenée.

L'appendice est perforé, baigne dans un liquide fétide ;

une boulette stercorale est tombée dans la fosse iliaque, une autre est encore incluse dans la partie gangrenée.

Le méso-appendice est aussi sphacélé ; l'extrémité de l'appendice adhère à l'intestin et au pelvis et est difficile à détacher. Drainage avec un gros drain et une mèche dans la fosse iliaque droite.

L'anse malade, une des dernières de l'intestin grêle, est amenée dans la plaie, fixée au péritoine pariétal et laissée à découvert pour en permettre l'inspection.

L'opération a demandé cinquante minutes, la malade l'a bien supportée.

Les vomissements cessent, la température reste à 36,6, 36,8 ; le pouls varie de 96 à 108, l'état syncopal persiste. Sérum, caféine, oxygène.

Le deuxième et le troisième jour, l'état est toujours très grave.

Au quatrième jour, amélioration. La malade prend du bouillon et du lait, ne vomit pas, rend des gaz par l'anus.

L'anse isolée dans la plaie ne présente aucune plaque de sphacèle.

Au sixième jour, l'état s'aggrave, température 37,4, les gaz s'arrêtent.

Je me décide à faire une légère ouverture à l'intestin. Au bout de quelques heures, amélioration marquée ; l'anus fonctionne abondamment, des gaz passent à nouveau par en bas.

Le septième et le huitième jour, la malade s'alimente, les forces reviennent, je crois à la guérison.

Le neuvième jour, affaiblissement brusque, refroidissement, teinte cyanotique de la face, le pouls devient petit, s'élève de 108 à 130.

Mort le dixième jour.

Le fait le plus intéressant à noter dans cette observation est l'absence d'attaque d'appendicite, dans les antécédents.

Cependant, il s'est fait dans la fosse iliaque droite un travail inflammatoire aboutissant à des adhérences de l'appendice qui ont été la cause de l'étranglement. Il ne peut s'agir d'une hernie de l'intestin dans la fossette iléo-caecale ; car, au cours de l'opération, les constatations faites ont établi très nettement le mécanisme de l'étranglement.

Conclusions. — Si nous cherchons à résumer l'histoire de ces malades, nous voyons que leurs cas, pour comparables qu'ils soient, diffèrent singulièrement.

Chez le premier malade, trois mois après une crise d'appendicite très nette survient un volvulus siégeant sur l'intestin grêle.

Rien ne paraît *à priori* éveiller l'idée d'une relation de cause à effet entre les deux affections. Mais l'opération démontre qu'un obstacle s'oppose à la détorsion de l'anse grêle et que cet obstacle n'est autre que le grand épiploon anormalement fixé par les adhérences de ses angles inférieurs droit et gauche aux fosses iliaques.

Et en détachant ces adhérences, le rôle de l'appendice malade et engainé lui-même par l'épiploon apparaît nettement. Son inflammation a été l'origine initiale des accidents. Les lésions intermédiaires qui finalement ont engendré le volvulus d'une anse grêle établissent nettement la relation de cause à effet.

Dans la 2^e observation, les conditions réalisées sont

franchement opposées; ici le mécanisme de l'occlusion, loin d'être très indirect, a été le plus simple possible.

C'est l'appendice lui-même qui a joué le rôle d'une bride étranglant l'intestin, ainsi que le fait aussi parfois le diverticule de Meckel.

Or, justement dans les antécédents de la malade, il est impossible de trouver une crise d'appendicite; les coliques passagères éprouvées ne pouvant être assimilées même à des crises de colique appendiculaire. Ici l'appendice est immédiatement coupable et justement l'appendicite, au moins au sens clinique du mot, fait défaut.

Ces deux observations, par leur dissemblance même, m'ont paru mériter quelque intérêt.

Le mécanisme qui aboutit à l'occlusion peut être singulièrement complexe, les commémoratifs d'appendicite peuvent faire défaut. De même l'appendicite peut être la cause directe ou indirecte de l'occlusion, alors même que les commémoratifs, que les premières constatations de la laparotomie, paraissent écarter complètement sa participation.

En présence d'un cas d'occlusion aiguë, il sera toujours bon de penser dans l'interrogatoire à l'appendicite, et, au 1^{er} temps de la laparotomie, en faisant l'inspection du cœcum, d'examiner celui-ci plus minutieusement encore qu'il n'est d'habitude.

HÉMORRHOÏDES
Pommade Royer **FISSURES ANALES**
 La vaso-constrictor local, présentée sous la forme de *Pommade molle* et sous celle de *Suppositoires*, est le Véritable Spécifique de ces Affections. **L'ESSAYER avant toute intervention.**
 Pharmacie A. DUPUY, 225, rue Saint-Martin - PARIS

ÉTABLISSEMENT PSYCHOTHÉRAPIQUE DE LOCHES

Médecin-Directeur : D^r H. LEMESLE, professeur à l'École de Psychologie de Paris

TRAITEMENT des MALADIES NERVEUSES & PSYCHIQUES

Cure de Sommeil

MÉTHODES DE LIÉBEAULT, DE WETTERSTRAND & DE WEIR-MITCHELL

Traitement spécial de l'Alcoolisme et de la Morphinomanie



T A B L E A U DES MAITRES EN CHIRURGIE DE LA VILLE DE TOURS,

Avec l'Année de leur réception & leurs Demeures. 1764.

Me FRANÇOIS-VICTOR BARBIER, Lieutenant du Premier Chirurgien du Roi, Chef & Garde des Chartres & Privilèges de la Chirurgie de Touraine, créé par Edit de Sa Majesté, du 23 Septembre 1723. *Près les Augustins. Reçu le 26 Septembre 1740.*

Me Gatien-Claude DESLANDES, Prévôt,
Au Carroy des Chapeaux. Reçu le 28 Décembre 1756.

Me Nicolas-Pierre BROSSILLON, Prévôt,
R. des Carmes, près l'Hôtel de Ville. Reçu le 17 Mars 1752.

Me Léonard Chabelard, Doyen,
Derrière N. D. de l'Écigrole. Reçu le 24 Octobre 1718.

Me Jean-Étienne Demarcé,
Ruë des Pucelles. Reçu le 29 Décembre 1749.

Me Claude-Robert Corbeau,
Ruë Neuve Saint Louis. Reçu le 5 Juin 1749.

Me François Nobilleau,
Fauxbourg N. D. la Riche. Reçu le 12 Janvier 1750.

Me Jacques Perdereau,
Ruë de la Hallebarde. Reçu le 2 Octobre 1725.

Me Guillaumé Gayand,
Près le Carroy des Chapeaux. Aggrégé le 7 Avril 1750.

Me Louis Guyot,
Ruë Sainte Marthe. Reçu le 8 Janvier 1732.

Me Michel-Robert Davy,
Grande Ruë près les Jacobins. Reçu le 16 Juin 1756.

Me Jean Goinard,
Fauxbourg S. Symphorien. Aggrégé le 21 Février 1732.

Me Pierre-Honoré Gravelat,
Carroy Saint-Martin. Aggrégé le 26 Juillet 1756.

Me Joseph-Honoré Mary,
Au Marché au Bled. Aggrégé le 7 Septembre 1739.

Me Mathieu-Félix Greban,
Fauxbourg S. Symphorien. Reçu le 20 Décembre 1756.

Me Pierre-Philbert Bonnet,
Ruë des Coignées. Aggrégé le 27 Juillet 1744.

Me René le Bas,
Fauxbourg S. Symphorien. Reçu le 3 Janvier 1757.

Me Pierre Mary,
Actuellement à Châtel-Audren, en basse Bretagne. Reçu le 18 Septembre 1741.

Me Pierre Bobierre, Greffier,
Créé par le susdit Edit du 23 Septembre 1723. Ruë Neuve Saint Louis. Reçu le 18 Avril 1757.

Me François Maugenest,
Près S. Pierre du Boille. Reçu le 9 Décembre 1749.

Me Jean-Louis Morand,
Proche Saint Etienne. Reçu le 21 Septembre 1761.

DE L'IMPRIMERIE DE FRANÇOIS LAMBERT, IMPRIMEUR DU ROI.

Le Rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, avec le plus louable zèle, a voulu offrir tout de suite à ses lecteurs, une réduction d'un tableau des maîtres en Chirurgie de Tours en 1764, que nous avons eu la bonne fortune de découvrir. C'est une pièce rarissime et qui mérite une description. Un point essentiel nous arrête : l'origine de l'armoirie placée en exergue.

Nous connaissons, de longue date, celle qui figure dans d'Hozier : *Arm. gén. t. XXXIII, p. 816* : « D'azur a un saint Cosme et un saint Damien de carnation vetus de sable, l'un tenant un livre d'or et l'autre une boîte couverte de même » Pourquoi les maîtres en Chirurgie avaient-ils deux armoiries ?

Question héraldique que nous essaierons de résoudre.

F. EM. B.

LA VIE PRIVÉE D'UN MAÎTRE CHIRURGIEN DE TOURS AU XVIII^e SIÈCLE (1)

Jacques PERDEREAU

Par F. Em. BOUTINEAU.

Quand on parcourt nos Annales, pour y chercher des documents sur les professions médicales d'autrefois, on reste surpris de n'y rencontrer que quelques noms, ou quelques faits, d'une assez grande insignifiance, se rattachant d'ailleurs à des idées et à des travaux, d'une toute autre nature. Il nous semble qu'il y a là une lacune à combler; l'étude de l'histoire ne doit elle pas revêtir toutes les formes. Les Sociétés des provinces voisines sont plus heureuses, car on trouve dans leurs organes, des travaux de cet ordre, qui serviront un jour à éclairer l'histoire de la médecine, prise dans son sens le plus large; pourquoi n'en serait-il pas de même en Touraine?

Nous formulons ici un regret; c'est que les deux docteurs en médecine Alexandre et Eugène Giraudet, qui ont par ailleurs si brillamment illustré notre compagnie, n'aient pas laissé plus de traces de travaux, qui devaient leur être pourtant particulièrement chers; le père a écrit une excellente étude sur la peste, ou plus exactement sur les épidémies de peste, qui ont envahi notre ville à plusieurs reprises (2); le Dr Eugène, son fils, nous a laissé un remarquable travail sur l'assistance publique à Tours, qu'il n'a malheureusement pas achevé (3); mais tous les deux n'ont que très incidemment parlé des médecins, chirurgiens et apothicaires qui gravitaient autour des sujets de leurs travaux.

L'histoire des trois professions médicales, médecine, chirurgie et pharmacie, est peu connue; ceux qui s'en sont occupés, ont pris pour objet exclusif le point de vue scientifique, ils ont négligé les détails de la vie intime et corporative, qui pourtant sont d'un grand intérêt, et ceux-là seuls dont nous voulions nous occuper ici.

Il s'est fondé à Paris, il y a deux ans, sous l'impulsion de notre éminent compatriote, le professeur Raphaël Blanchard, un centre de travail sous le nom de *Société française d'histoire de la Médecine*, cette compagnie a déjà porté des fruits; inespérés, disait le secrétaire général à la séance de janvier 1903; nous espérons que la Touraine fournira son contingent.

Nous avons choisi comme sujet de cette modeste étude, la Chirurgie, avec d'autant plus de plaisir que le praticien qui l'exerçait autrefois, n'avait rien de commun avec le brillant opérateur d'aujourd'hui, au point de vue de la science, de la tenue et de la position sociale. Le chirurgien, jusqu'à la moitié du XVIII^e siècle, était un artisan et il exerçait son métier dans une boutique où il rasait, frisait, et faisait le poil à tous venans.

L'année 1736 a été le point de départ d'une ère de rénovation pour cette branche de la médecine. Le roi Louis XV édicta des lettres patentes, qui l'érigèrent en profession

scientifique et libérale, ce qu'elle aurait dû toujours être, si l'ardente jalousie des médecins ne s'y était opposée. Jusqu'à cette date de 1736, la chirurgie était classée parmi les communautés d'arts et de métiers, elle avait comme chacune d'elles des Jurés, des maîtres, des garçons et des apprentis; elle avait cependant en plus un représentant de l'autorité royale dans chaque ville, qu'on nommait le Lieutenant du premier Barbier du Roi et plus tard du premier chirurgien du Roi (1), sorte de fonctionnaire pris parmi les maîtres, et qui administrait la communauté, présidait aux examens et délivrait les lettres de maîtrise aux aspirants, qui avaient satisfait aux examens ou chef-d'œuvre.

Les historiens de la chirurgie mettent en scène un petit corps de chirurgiens de Paris lettrés, n'ayant pas de boutique, et à les croire, tous les chirurgiens appartenaient à ce modèle; il en était bien autrement. Ces praticiens étaient fort nombreux, par toute la France, et il fallait vivre; de temps immémorial, la barberie faisait corps avec leur profession. A Tours en 1737, par exemple, il y avait 22 maîtres et 6 veuves, car les veuves avaient le droit d'exercer avec un garçon ayant subi une sorte d'examen de capacité devant les jurés (2). Certes parmi les chirurgiens tourangeaux, il se trouvait d'habiles opérateurs; dans toute profession il y a les forts et les faibles, c'est même une loi humaine, mais habiles ou non, chacun d'eux avait sa boutique; n'en pas avoir eût été en contradiction avec les règlements du métier. Pour prouver ce qui vient d'être dit nous allons prendre un des maîtres chirurgiens de Tours, dont on a la bonne fortune de posséder les principaux actes de la vie sociale (3), et en les montrant au grand jour, nous espérons faire connaître la vie intime et professionnelle de ce praticien.

Jacques Perdereau était originaire d'Amboise; son père, qui lui avait donné ses nom et prénom, était chapelain de la chapelle de St Louis desservie en l'église du château. c'est-à-dire qu'il était clerc tonsuré, situation ecclésiastique inférieure, qui tout en laissant le titulaire libre de se marier, lui permettait de posséder certains bénéfices (4). Perdereau père habitait à Reugny dans une closerie nommée la Lande qu'il y possédait.

Jacques fit-il son apprentissage à Amboise, c'est assez probable, car ce premier grade de la chirurgie, se prenait

(1) Ce petit travail a été lu à la Société archéologique de Touraine, le 30 décembre 1903

(2) Alex. Giraudet. — Des anciennes pestes de Tours. — Tours, Ladevèze, 1854.

(3) Hist. de l'assist. publique à Tours, 1^{re} partie. Bulletin de la soc. arch. de Touraine. T. II, 1873.

(4) On ne connaît pas la date de la création de cette fonction; les premières chartes de la chirurgie connues, en font mention. Le premier Barbier du Roi, du moins sous les règnes d'Henry IV et de Louis XIII, n'était pas le premier chirurgien mais un des chirurgiens ordinaires du Roi. — En 1668 seulement, le premier chirurgien de Louis XIV, François Félix, obtint de son maître d'avoir la Juridiction des chirurgiens du Royaume, avec le titre de Premier chirurgien du Roi. Cette fonction administrative fut supprimée en 1692, remplacée par la création de *Chirurgiens Jurez Royaux* dans chaque ville. Cette nouvelle institution, née des insatiables besoins d'argent du Grand Roi, qui vendait ces charges à prix d'or, prit fin en 1723 où le premier chirurgien de Louis XV reprit sa juridiction sur tous les chirurgiens du Royaume.

(2) Une de ces veuves, madame Dubois, avait trois garçons dans sa boutique.

(3) Nous témoignons de nouveau toute notre reconnaissance à M^e Chauvin, notaire à Tours, qui nous a si obligeamment permis d'étudier à loisir les minutes de ses prédécesseurs antérieures à 1789.

(4) L'abbé C. Chevalier, in Arch. Cl^e d'Amboise, Tours. Georges Joubert, 1874 p. 502, cite le baptême de François, fils de maître Achille Poullard clerc tonsuré et chirurgien et de Barbe Marcellain 11 oct. 1549. Et ajoute en note. « Un certain nombre de jeunes gens s'engageaient dans la cléricature, pour jouir des privilèges qui y étaient attachés; plus tard ils embrassaient un état laïque ».

habituellement à quinze ans, et Amboise ne manquait pas de praticiens. Il vint ensuite à Tours, pour se perfectionner et entra dans la boutique du chirurgien Pierre Mahiet. Une coutume assez constante et dont nous avons maintes fois rencontré la preuve, était l'union par le mariage de la fille du maître avec le jeune compagnon qui parachèvait son instruction professionnelle; c'était assez dans les habitudes du bon vieux temps, où la vie de famille s'étalait en pleine lumière. Le vieux maître Pierre Mahiet reconnut-il dans son jeune aide, des qualités suffisantes pour pouvoir lui confier sa fille, il faut le croire, car le 13 mai 1721, un contrat de mariage passé chez le notaire Bigot (1) nous apprend le projet d'union de Jehanne Mahiet avec lui, union qui devait se célébrer en face de mère sainte église, aussitôt que l'un par l'autre en serait requis, c'est-à-dire que le mariage eut lieu quelques jours après.

Jacques Perdereau avait pour témoins de son contrat le Gagnant-Maitrise (2) de l'hôpital général de Tours, François Jacquet; la future bien apparentée était assistée de son oncle Jacques Mahiet, bourgeois de Tours, et de Jacques Guillot, greffier, mari de Jeanne Mahiet, cousine de la future. Le père de Jacques Perdereau lui donna 800 livres, et la jeune épousée reçut environ mille livres. Perdereau eut la douleur de perdre sa femme, à une date que nous n'avons pu trouver, lui laissant trois enfants: deux filles et un garçon, et comme le pauvre chirurgien ne pouvait rester seul pour élever et surveiller ses trois enfants, il résolut de se remarier.

Pour cela il fallait régulariser sa situation de fortune et celle de ses enfants par un inventaire; celui-ci fut dressé par les soins du même notaire, le 4 novembre 1744, acte curieux puisqu'il nous fait connaître un intérieur professionnel.

Perdereau habitait dans la paroisse de N. D. la Riche, dans la grande rue, près de la place Victoire (3). Le temps à quelque peu respecté ce quartier, et nous pouvons nous représenter facilement cette habitation, composée de quatre pièces superposées; il en reste d'ailleurs encore quelques spécimens.

L'inventaire fut commencé par la boutique; le notaire Bigot fit appeler le maître frippier Martin Bellain et lui fit prêter serment comme appréciateur. On commença l'estimation des objets mobiliers par « la chambre basse dont la boutique fait partie » et on y trouva: une mauvaise table de bois bouillard sur ses quatre piliers avec son tapis de Bergame.

Deux mauvais fauteuils — une tête de bois (4) — une paire de presses (5), un petit miroir à cadre de bois noir — deux bassins à barbe, de fayance — une paire d'épou-

sette (1) — un fert à friser — une enseigne (2) — deux bassins de cuivre jaunie (3) — Deux coqueres de cuivre rouge (4) — une boîte à poudrer (5) — et un boisseau (6) — une demie armoire de bois de chêne à deux battants et à un tiroir au milieu le tout non fermant à clef, les fenêtres (7) étant démontées, — une chaudière de cuivre jaune — un poilon de cuivre — un petit mortier de fonte avec son pilon de fer — une poêle à frire — une seringue d'étain avec son étui — un moulin à farine — deux montres et cornues de bois (8).

Une armoire à quatre fenêtres, hautes et basses dans laquelle s'est trouvé plusieurs boîtes, fioles, livres, trebuchets et autres drogues servant à la chirurgie (9) le tout estimé vingt livres — quatre mauvaises chaises de bois et enfin un billot sur ses trois pieds, avec un grand pot à eau en terre. (10)

Voilà donc représenté, par l'état du mobilier ce qui constituait au milieu du XVIII^e siècle, le cabinet d'un chirurgien, en même temps que l'officine du Barbier perruquier (11).

Perdereau, comme tout bon citoyen tourangeau, avait eu le désir d'avoir une maison de campagne, une cloterie; il en acheta une dans la paroisse de Ste-Radégonde, au lieu désigné sous le nom des Rochettes; l'habitation était des plus sommaires, une cave en roc divisée en plusieurs compartiments, dont un était réservé au maître, et l'autre au closier; le troisième au pressoir et le quatrième à un cheval blanc, qui avec selle, bride et équipage, fut estimé trente livres.

On le trouve aussi propriétaire d'une autre cloterie à Reugny, dont on a parlé ci-dessus et provenant de l'héritage paternel.

D'après l'état de la fortune de notre chirurgien, dressé par le notaire, nous croyons qu'il eut tort de se passer cette fantaisie champêtre; car elle semble lourdement peser sur son budget; nous savons, par le soin minutieux déployé dans l'inventaire, qu'il avait d'énormes intérêts à payer pour des sommes prêtées pour cette acquisition. Il devait par annuités 50 livres, aux dames Religieuses de La Riche, 75 livres à la veuve Belon, 12 l. 10 sous à l'Hotel Dieu et 25 livres à un sieur Bataille, de Montbazou, ce qui

(1) Probablement sorti de houppe avec laquelle on puisait la poudre blanche, qui adoucit la légère cuisson déterminée par le rasoir.

(2) Les chirurgiens appendaient sur les volets de leur boutique un tableau de fer, sur lequel étaient peintes trois boîtes surmontées d'une fleur de lys.

(3) Louis XIII créa la communauté des Barbiers perruquiers, ils avaient pour insigne des bassins blancs, les chirurgiens avaient seuls le droit de placer des bassins jaunes.

(4) Coquemar — Litré le définit ainsi — Pot à anse de terre vernissée ou d'étain ou de cuivre qui sert à faire bouillir de l'eau.

(5) Boîte dans laquelle on soufflait pour répandre la poudre sur les perruques.

(6) Instrument où l'on préparait et conservait la poudre.

(7) Portes.

(8) A cette époque on étalait sur l'appui de la boutique dans des boîtes vitrées appelées montres les divers instruments de la profession ainsi que des bandes et autres linges servant aux pansements.

(9) Les chirurgiens avaient le droit de vendre et préparer les médicaments nécessaires au traitement chirurgical seulement.

(10) Le billot servait à mettre un vase de faïence dans lequel on se lavait la figure après avoir été rasé.

(11) Nous renvoyons à l'inventaire; voir pièces justificatives pour le reste des objets meublants qui garnissaient les trois autres pièces, (pages 209, 210 et 211).

(1) Arch. d'Indre-et-Loire. Dépôt de M^e Chauvin, notaire en exercice à Tours.

(2) Le Gagnant-Maitrise était un compagnon chirurgien, qui résidait à l'hôpital, il y demeurait six ans, après lesquels il avait le droit de s'établir sans passer d'examen.

(3) La grande rue traversait la ville de l'est à l'ouest, elle commençait à St Pierre-des-Corps et formait les rues Colbert, du Commerce, du Grand-Marché et de la Riche actuelles.

(4) Pour friser et faire les perruques.

(5) Appareil pour conserver le pli donné aux cheveux tournés en boucles.

nous donne un total de 162 livres et 10 sous par an, de rentes à payer, et il avait encore bien d'autres dettes.

Il devait entre autres une somme de cent douze livres dix-huit sols à la veuve d'un ouvrier en soie, avec laquelle il désira se remarier. Ce fut à cette occasion qu'on dressa l'inventaire. Cette dame Jeanne Richard veuve Despagne, qui connaissait la fortune embarrassée de son futur, puisqu'elle était sa créancière, exigea pour cette nouvelle union, qu'il n'y eut aucune communauté de biens entre eux; le contrat (1) fut passé 18 jours après l'inventaire. Perdereau pouvait être un excellent chirurgien, mais en tout cas il était un mauvais administrateur.

Nous ne savons presque rien de sa vie professionnelle, il fut à plusieurs reprises Receveur de la Communauté (2) c'est-à-dire chargé de percevoir les impôts que chaque maître devait payer au Roi, pour la Capitation (3), de recevoir les sommes dues par les apprentis et les aspirants à la maîtrise, et de régler les dépenses que faisait la communauté. En 1737 il était juré, c'est-à-dire un des quatre administrateurs de la Compagnie; en résumé on peut le placer dans la bonne moyenne des maîtres chirurgiens de Tours.

Les archives d'Indre-et-Loire possèdent un contrat d'apprentissage (4) passé chez le même notaire, le 20 septembre 1745, un an après le nouveau mariage de Jacques Perdereau. François Bedouet, fils de Pierre Bedouet M^e Rôtisseur de la paroisse de St-Pierre le Puellier, probablement dans cette rue, qui porte encore le nom de rue de la Rôtisserie, se sentit une vocation pour la chirurgie; le père s'adressa à Perdereau, et les conditions résolues de part et d'autre, on dressa le contrat.

Le jeune postulant était âgé de quinze ans ou environ, et il s'engageait à servir son maître pendant cinq années entières et consécutives; d'ordinaire le temps d'apprentissage était de trois années et le candidat versait en dédommagement des peines, soins, nourriture et logement qu'il recevait une somme qui variait entre cent cinquante et trois cents livres (5), si les parents ne pouvaient payer cette somme élevée pour le temps le séjour de l'apprenti dans la maison du maître se prolongeait de façon à ce qu'il put rémunérer par les services rendus, les dépenses que le maître avait faites pour lui.

(1) Voir aux pièces justificatives. II.

(2) On dirait aujourd'hui le Trésorier, il rendait compte à la fin de chaque année, le lendemain de la fête de St Côme et St Damien, de sa gestion.

(3) C'était l'impôt, chaque communauté recevait de l'intendant notification de la somme qu'elle devait payer, le Receveur des chirurgiens la répartissait sur chacun des maîtres, les veuves exerçant la chirurgie n'en payaient que la moitié, à cette époque l'impôt s'élevait à environ 24 livres pour chaque maître.

(4) Voir pièces justificatives. III.

(5) Voici quelques renseignements sur ce sujet puisés à différentes époques, qui prouvent que le temps et surtout le prix de l'apprentissage variaient d'après les convenances personnelles et probablement selon la notoriété du maître.

1626. — François le Roy, chez Jacques Despagne, 3 ans — 180 livres.

1699. — Pierre Mercier, chez Charles Plumereau, 3 ans et 150 livres.

1762. — François Servant chez Goimard, 2 ans et 225 livres.

Enfin lorsque le Collège de chirurgie fut établi (5 juillet 1766) et que les chirurgiens eurent grandi en valeur et surtout en considération, l'indemnité s'éleva singulièrement aussi. En 1778, Michel Bodin entra comme élève chez François Nobilleau, pour deux ans et dut payer six cents livres.

Notre chirurgien s'obligeait à « montrer et enseigner « son dit art de chirurgien au d. apprenti, sans luy rien « cacher ny déguiser et le rendre expert et capable dans le « d. art de chirnrgien à la fin du d. temps, si au dit ap- « prenti ne tient. »

Le jeune apprenti « a promis de bien apprendre, et « obéir à son d. maître, en tout ce qu'il luy commandera « de licite et honneste sans pouvoir s'absenter » Bedouet père « s'engage de nourrir, blanchir et entretenir son d. fils « la première année..... et pendant le cours du d. apprentis- « sage fournira à son fils de razoirs, lancettes et livres, « et autres instrumens nécessaires au d. art de chirur- « gien, et fera repasser les razoirs et lancettes et raccom- « moder les autres instrumens à toutes requisitions. Et « à l'égard des autres années du present apprentissage le « d. apprenti sera nourri, couché et blanchi chez le d. « Perdereau. »

Il est aussi spécifié que François Bedouet paiera dix livres dans les quatre mois; cette petite somme était destinée à la caisse de la communauté, en la versant il faisait acte de prise de possession de ses droits devant elle, et elle en la recevant s'engageait à exercer une action tutélaire sur le jeune homme qu'elle admettait dans son sein.

Une dernière clause prévoit le cas où le jeune apprenti se sentant suffisamment exercé pour pouvoir voyager, ou entrer chez un autre maître de la ville avant l'expiration des cinq années « sera poursuivi devant la justice pour parachever son temps, si mieux n'aime payer au d. sieur Perdereau la somme de cent livres. »

Les cinq années expirées, le jeune Bedouet reçut un certificat de son maître et put à son gré faire le tour de France comme compagnon chirurgien.

Pour terminer, il importe de dire quelques mots des devoirs de ce dernier et pour ce faire nous allons employer la note gaie, que nous empruntons à un petit livre contemporain qui a pour auteur, le médecin François Joseph Hunauld (1). On doit dire que ce médecin avait voué une haine terrible aux chirurgiens, aussi ne faut-il accueillir qu'avec réserve les lignes suivantes : « A peine « le coq a-t-il chanté que le garçon se lève pour balayer « la boutique et l'ouvrir, afin de ne pas perdre la petite « rétribution que quelque manœuvre qui va faire son tra- « vail lui donne pour se faire faire la barbe en passant. De- « puis ce temps jusqu'à 2 heures de l'après-midi, il va « chez cinquante particuliers peigner des perruques, « attendre dans l'antichambre ou sur l'escalier la commo- « dité des pratiques, mettre les cheveux des uns en « papillottes, passer les autres au fer et leur faire le poil à « tous. Vers le soir s'il est un de ceux qui ont envie de « s'instruire, il prendra un livre. Mais la fatigue et le « dégoût que cause nécessairement l'étude à ceux qui n'y « sont point accoutumés lui procurent bientôt un profond « sommeil, qu'il interrompt parfois le bruit d'une petite « cloche suspendue à la porte qui l'avertit de faire le poil « à un paysan qui entre....

« Jamais homme n'a exigé tant de respect d'un « domestique, et jamais dans les îles, un blanc n'a

(1) Le Chirurgien médecin, ou Lettre contre les chirurgiens qui exercent la médecine, 1726, in-12, p. 27 et 30.

« cherché plus avidement à profiter de l'argent, que lui
« coûte un nègre qu'un maître chirurgien à profiter du
« pain et de l'eau qu'il donne à ses garçons.... »

L'auteur, faisant le bon apôtre, parle aussi de la charité du médecin envers les Fraternités (1).

« Les médecins par esprit de charité faisaient à ces
« pauvres jeunes gens des leçons de chirurgie, dès quatre
« heures du matin. Quand le poil du public ne les occupe
« pas, ils font de la charpie, réparent leurs rasoirs, et
« mettent quelques perruques en boucles.... »

Arrêtons là, ces citations, exagérées peut-être, mais qui confirment ce fond de vérité que le chirurgien pratiquait la barberie et cela presque jusqu'à la veille de la Révolution.

Dans une étude plus étendue que nous publierons plus tard, nous raconterons les luttes que les Barbiers-perruquiers eurent à soutenir contre les chirurgiens, qui, au mépris des ordonnances royales, leur faisaient une concurrence acharnée. (2)

PIÈCES JUSTIFICATIVES

I

INVENTAIRE POUR JACQUES PERDEREAU

M^e Chirurgien à Tours, et ses enfants. 4 novembre 1744

Aujourd'hui quatre novembre mil sept cens quarante quatre, huit heures du matin. En la maison où demeure le sieur Jacques Perdereau m^e chirurgien, seize grande rue, près la place Victoire de cette ville de Tours, paroisse Notre-Dame la Riche. Pardevant les conseillers du Roy, notaires à Tours soussignez, creez à l'instar de ceux de Paris. A comparu en personne le d. sieur Perdereau, veuf de Jeanne Mahiet, sa femme, lequel nous a dit qu'il desire arrester à la communauté de biens, qui étoit entre lui et sa defunte femme. Et qui depuis son decedz, a continué avec Jeanne, Agathe, et François Perdereau, leurs enfants mineurs; par un inventaire qu'il entend faire faire devant nous notaires, des effets despendans d'icelle, auquel effet et pour la validité d'iceluy inventaire, le d. sieur Perdereau a volontairement fait comparoir en personne, m^e Jacques Symphorien Guillot, notaire apostolique (3) en cette ville de Tours, y demeurant paroissé St Vincent, et cousin germain des dits mineurs du costé maternel, à cause de dame Marie-Anne Mahiet son épouse, et sieur Charles Jaille, m^d fabricant demeurant en cette ville de Tours dans la paroisse St-Vincent, cousin germain des dits mineurs du costé maternel, à cause de Françoise Naudin sa femme. Lesquels sieurs Guillot et Jaille, pour la bonne amitié qu'ils porte (nt) aux dits mineurs et pour la conservation de leurs droits, ont offert assister audit inventaire et s'estant led. v. (euf) Perdereau, et les dits parans sus-nommez departiz de convenir d'apretia-
teur, pour estimer et raporté à nous notaires d'en prendre, et nommer un d'office, le jugeant de leur deport et raport, avons nommé d'office la personne de Martin Belain,

(1) Frater au singulier : on désignait ainsi le compagnon chirurgien, concurremment avec le compagnon perruquier; dans quelques localités de campagne on désigne encore de ce nom, celui qui fait la barbe et coupe les cheveux.

(2) Une ordonnance royale ne pouvait changer, brusquement, un état de choses qui durait depuis des siècles. Les chirurgiens étaient trop nombreux, et le vieil adage : primo vivere, a toujours été vrai.

(3) On appelait ainsi un officier établi, pour les expéditions en cour de Rome, et les affaires ecclésiastiques.

m^r Frippier, demeurant en cette ville de Tours, paroisse Ste Croix, lequel mandé, comparu en personne accepte sa nomination. Le serment de luy pris au cas requis, a promis faire fidèle estimation en son âme et conscience. Ce fait a été procédé au d. Inventaire comme il suit.

Premièrement dans la chambre basse
dont la boutique fait partie.

Une mauvaise table de bois bouillard sur ses quatre
pilliers avec son tapy de Bergame, apretié quinze sols,
cy xv s.

Deux mauvais fauteuils et une teste de bois, et un chandellier de fert, apretié ensemble quarante sols, cy xl s.

Une paire de presse, apretié trente sols, cy xxx s.

Un petit miroir à cadre de bois noir, deux bassins à barbe en fayance, une paire d'épousettes, et un fert à frizer apretié quarante sols, cy xl s.

Une enseigne, deux bassins de cuivre jaulnes, apretié quarante sols, cy xl s.

Une paire de chenests de fert, une grille, une mauvaise paire de pinse, et une cremaillière et un soufflet, apretié quarante sols cy xl s.

Un mauvais rechaux de cuivre, apretié vingt sols cy xx s.

Une boete à poudrer et un boisseau, apretié cinq sols cy v s.

Une demye armoire de bois chesne à deux battans, et à un tiroir au milieu, le tout non fermant à clef, les fenêtres estant démontées, apretié trente sols cy xxx s.

Dans la fenestre haute de la ditte demye armoire, s'est trouvé une lampe haute et un chandellier de cuivre rouge et potin, apretié trente sols cy xxx s.

Une chaudière de cuivre jaulne, apretiée avec un poison de cuivre jaulne trente cinq sols cy xxxv s.

Un petit mortier de fonte, avec son pillon de fert, apretié trente sols cy xxx s.

Une poele à frire, apretié dix sols cy x s.

Une seringue d'étin et son étui, apretié trois livres cy iii l.

Unze pièces de fayance tant plats, assiettes que pots, apretié vingt sols cy xx s.

Une mette de bois de noyer, apretié six livres cy vi l.

Ouverture faite d'icelle s'est trouvé un mauvais garde mangé sans toile, apretié dix sols cy x s.

Un moulin à passer farine, de bois de sapin et chesne garny de son.... et de sa toile qui sont toutes trouées, apretié trois livres cy iii l.

Deux montres et comportes de bois bouillard, apretié quarante sols cy xl s.

Une petite broche de fert à rôty de fert à main, apretié cinq sols cy v s.

Une armoire à quatre fenestres les deux hautes à treillis, apretié trois livres cy iii l.

Ouverture faite des fenestres hautes et basses de la d. armoire sy est trouvé une nappe de toile commune, apretié quinze sols cy xv s.

Et plusieurs boestes, fiolles, livres, trebuchets et autres drogues servant à la chirurgie, apretié vingt livres ci xx l.

Un billot sur ses trois pieds, avec un grand pot à eau de terre, trois autres pots de terre et un mauvais jarret, apretié dix sols cy x s.

Quatre mauvaises chaises de bois jaune foncées de jonc, apretié dix sols cy x s.

Dans une chambre haute au dessus de cellecy ci dessus s'est trouvé

Une table de bois sappin sur son chassiss avec un tapy, apretié quinze sols cy xv s.

Un charlit de bois noyer ferré à vice et sa paillasse, un lit de plume d'oye et son traversin, la souille d'une mauvaise souille de costly, apretié vingt livres cy. xx l.

Un tour de lit complete de serge verte brodé de ruban vert composé de plusieurs morceaux, apretié vingt quatre livres ci. xxiv l.

Une poislette de cuivre rouge et un réchaux et plat de cuivre jaune, apretié quatre livres cy. iv l.

Une mauvaise paire de chesnests de fert, apretié quinze sols cy. xv s.

Un mortier de metal et un pillon aussy de metal, apretié douze livres cy. xii l.

Une mauvaise couchette de bois chesne, un mauvais lit de plume et un orillier la souille de toille, une mauvaise couverture de laine verte, apretié le tout quarante sols cy. xl s.

Une armoire de bois noyer a quatre battans et fermant à clef, et deux tiroirs au milieu, apretié douze livres cy. xii l.

Ouverture faite des fenestres hautes ne s'y est rien trouvé.

Ouverture faite des tiroirs ne s'y est rien trouvé non plus que dans les fenestres basses.

Une petite paire de tablettes et six à sept petits livres antiens, apretié le tout ensemble vingt sols cy. xx s.

Une boete à cloux sur son sousbatement, apretié trente sols cy. xxx s.

Ouverture faite d'icelle ne s'y est rien trouvé.

Deux vieux tableaux sur toile pinte, apretié trente sols cy. xxx s.

Un vieux bahu fermant à clef, apretié trente sols cy. xxx s.

Ouverture faite d'iceluy ne s'y est rien trouvé que des hardes et linge à l'usage de ladite Jeanne Agathe Perdereau mineure.

Une petite table de bois bouillard sur son chassis et une vieille porte, apretié trente sols cy. xxx s.

Trois mauvais fauteuils de bois sans garniture et quatre mauvaises chaises de bois d'aune foncées de jonc, apretié le tout quinze sols cy. xv s.

Dans une chambre au second etage au-dessus de celle cy dessus s'est trouvé.

Un mauvais lit de sangle et un mauvais lit de plume de poulle et un mauvais morceau de Bergame, servant de couverture, apretié ensemble trente sols cy. xxx s.

Deux mauvais draps, apretiés quarante sols cy. xl s.

Un fusil garni de sa plaque et une épée a poignée de cuivre, apretié le tout trente livres cy. xxx l.

Dans le grenier au dessus de la dernière chambre cy dessus s'est trouvé.

Un charlit de bois noyer demonté sans fonçure, apretié trois livres cy. iii l.

Dans la cave au-dessous de la cour qui est au bout de la boutique s'est trouvé.

Un vieux fut de poinson, apretié trente sols avec une champlure cy. xxx s.

Et en cet endroit avons sommé et interpellé le d^s Perdereau de nous déclarer, s'il n'a point d'argent et monnoye, s'il ne luy est rien deu, et s'il n'a point d'autres meubles que ceux ci dessus

A fait réponse qu'il n'a point d'argent monnoyé, qu'il luy est deu, et qu'il doit, dont la description sera faite en fin des d. presentes, qu'il a deux closeries dans lesquelles sont des meubles et du vin de la récolte de la présente année, l'une appelée la Rochette, proche Mairmoutier paroisse Ste-Radegonde, et l'autre appelée la Lande scittuée paroisse de Reugny, dont les titres qui en concernent la propriété sont es mains de m^e Thomas procureur

en cette ville pour le soutien de son procès, qui a été intenté à cause de la d. closerie de la Rochette. Et pour voir en quoy consiste les effets qui sont dans la ditte closerie de la Rochette, les parties et appreciateur s'y sont transporté à l'instant, avec nous notaires et ou estans arrivé à l'heure de dix et demye du matin.

Dans une cave en roc à costé du pressoir s'est trouvé.

Une cramaillière, une paire de pinse, une mauvoise pelle de fert, soufflet, et une lampe, apretié trente sols cy. xxx s.

Une mauvoise table de bois sappin avec son chassis, apretié quinze sols cy. xv s.

Un fourneau de pierre gary de cercle de fert, apretié trente sols cy. xxx s.

Huit chaises de bois d'aune foncées de jonc et une mauvoise bourelle de bois de chesne, apretié en semble quarante sols cy. xl s.

Une petite marmite de fonte de fert, apretié quinze sols cy. xv s.

Une mauvoise couchette de bois noyer toutte semoulue ferrée à cheville garnie de sa paillasse et un mauvais lit de plume d'oye ensouillée de grosse toille, un traversin aussy de plumes d'oye ensouillé pareillement d'une souille de grosse toille, trois mauvois rideaux de serge et un petit tapy de Bergame, apretié ensemble neuf livres cy. ix s.

Quatorze pièces de poterie tant plats, assiettes, terrine et pots, apretié trente sols cy. xxx s.

Trois tableaux sur toille sans cadre, apretié vingt cinq sols cy. xxv s.

Un couteau et un petit couperet de fert, apretié cinq sols cy. v s.

Une paire d'entraves de cheval et quelques mauvoises ferrailles, apretié dix sols cy. x s.

Dans le pressoir à costé de la chambre cy dessus s'est trouvé

Unze vieux futs de poinson et un vieux fut de quart, apretié ensemble douzé livres cy. xii l.

Deux barres de fert, apretié trente sols cy. xxx s.

Une marre, une besche, et un picq à pointe, apretié ensemble trente sols cy. xxx s.

Une pièce de vin nouvel enfusté en futs vieux, scavoir cinq [de] rouge et six de blanc, apretié fut et vin vingt livres la pippe revenant à cent dix livres cy. cx l.

Huit mauvois morceaux de bois servant de chantiers, apretié quarante sols cy. xl s.

Dans une autre chambre a costé de celle cy dessus s'est trouvé

Trois vieux futs de poinson, apretié trois livres cy. iii l.

Un mauvois buffet à l'ancienne mode tout semoulu, apretié vingt sols cy. xx s.

Dans un four de la ditte chambre à costé de la cheminée, s'est trouvée dix boisseaux de noix de la presente année, apretié cent sols cy. c s.

A costé du logement du clozier est une ecurie dans laquelle s'est trouvé

Un cheval à poil blanc, apretié avec sa bride, selle, et équipage trente livres cy. xxx l.

Dans une grande cave à costé de la d. écurie s'est trouvé

Deux paires de portoirs, apretié trois livres cy. iii l.

Et un monceau de chanvre et mauvoise paille, apretié trois livres cy. iii l.

Qui est tout ce qui s'est trouvé à la dite closerie des Rochettes, et pour la continuation du present inventaire des d. meubles et effets qui sont à la closerie appelée la Lande scittuée paroisse de Reugny, le d. sieur Perdereau et les parans sus nommez en portent intimation de se trouver à la d. closerie de la Lande, à demain huit heures du matin.

Jugé fait et passé à la ditte closerie de la Rochette ditte paroisse Ste-Radegonde à l'heure de midy et ont signé.

[Signé] Perdereau. — Jaille-Nondain. — Guillot-Beaulieu [notaire] Bigot [notaire]

Suit l'inventaire du mobilier de la closerie de la Lande qui n'offre aucun intérêt.

... Ce fait le d. sieur Perdereau a déclaré qu'il lui est deu par differents particulliers quatre vingts livres pour saignées et medicamens qu'il leur a fournij. cy.

Et qu'il doit : sçavoir
A René Brosseau fagotteur demeurant à Reugny quarante cinq sols pour fagottage.

Au sieur Louis Gromiault, tailleur d'habits demeurant à Reugny six livres cinq sols pour argent preté à la deffunte.

A dame Marie Jeanne Richard, veuve du sieur Joseph Despagne, soixante seize livres dix sols d'une part, sçavoir soixante quinze livres qu'elle a payé en son acquit à la dame veuve Belon passementière, suivant la quittance passée devant m^e Michau notaire à Tours le six octobre dernier, et trente six livres huit sols pour argent que la d. dame ve Despagne lui a presté, pour lui aider à faire les vendanges de la presente année, revenant le tout à cent douze livres dix huit sols.

Au nommé Serreau tonneller à Reugny cinquante livres dix sols pour de vente d'une douzaine et demije de poinçons neufs, qu'il a fait l'année dernière.

Au d. sieur Guillot notaire apostolique, parant dénommé au present inventaire cent quatre vingt deux livres sept sols neuf deniers pour restant d'argent preté et payemens faits en acquit du d. Perdereau à sa deffunte femme.

A m^e Thomas procureur en cette ville soixante livres ou environ pour frais et poursuites, qu'il a faittes pour le d. sieur Perdereau et sa deffunte femme.

Douze livres au sieur Bellanger-Barthe ciergeier pour argent preté, à raison de quoy il a actuellement es main engage un. . . . ? de valeur tout au plus de la d. somme.

Soixante livres au sieur Auger du poids du Roy, pour une année de loyer de la maison ou demeure le d. sieur Perdereau à Tours, qui echera à Noel prochain.

Cinquante livres aux dames Religieuses de la Riche pour une année de rente a elles duë sur la maison des Rochettes, qui est échue le présent mois

Soixante quinze livres à la V^e Belon pour une année de rente duë sur la d. closerie des Rochettes, qui echera à Noel prochain.

Vingt cinq livres à l'hôtel Dieu de cette ville pour deux années de rente à eux duë sur la ditte closerie des Rochettes qui echeront à Noel prochain.

Cinquante livres au sieur Bataille demeurant à Montbazon pour deux années de rente, duë sur la maison des Rochettes qui echeront à Noel prochain.

A la demoiselle Boucher cent cinq livres pour trois années, de la rente de trente cinq livres a elle duë quie cheront au mois de Janvier prochain.

Cinq cens vingt cinq livres au sieur de Grandmaison pour argent preté par obligation.

Six livres au sieur Jacqueline-Greban, pour argent preté.

Trente deux livres à la communauté des m^{es} chirurgiens de cette ville pour la capitation de la presente année et intherets de sommes duës par la ditte communauté.

Sept livres et cinq sols au sieur Greban chirurgien, pour retour des intherests de l'année dernière deuës par la d. communauté.

Au sieur Demons, bourgeois cent cinq livres pour argent preté par billet.

Qui sont tous les meubles et effets mobiliers que le d. sieur Perdereau a dît estre, et ce qui deppend de la com-

munauté, qui estoit entre lui et sa deffunte femme Lesquels meubles et effets sont restés à la charge et garde du d. s^r Perdereau qui s'en est vollontairement chargé pour rendre compte de moitié du tout, à ses dits mineurs en temps et lieu, avec les vingt deniers pour livre. Au moyen de quoy demeure la ditte communauté arretée et le present inventaire clos. Jugé fait et passé, etc.

[Signé]
Perdereau. — Jaille-Naudain. — Guillot — et Bigot (notaire).

Arch. d'Indre-et-Loire. Dépôt de M^e Chauvin — minutes Bigot.

II

CONTRAT DE MARIAGE ENTRE JACQUES PERDEREAU
M^e CHIRURGIEN ET MARIE JEANNE RICHARD VEUVE DESPAGNE.

Le vingt deux novembre mil sept cens quarante et quatre, pardevant les Conseillers du Roy notaires à Tours, soussignez, creez à l'instar de ceux de Paris, furent presens. Sieur Jacques Perdereau m^e chirurgien veuf de Jeanne Mahiet, demeurant en cette ville de Tours, paroisse Notre Dame de la Riche d'une part.

Et Marie Jeanne Richard, veuve Joseph Despagne demeurant aud. Tours paroisse la Riche, d'autre.

Lesquels ont promis de se prendre en fidele mariage et en solemniser les epousailles en face de S^{te} Eglise catholique apostolique et romaine, si tost que l'un par l'autre en sera requis.

Du jour duquel mariage est expressement convenu qu'il n'y aura aucune communauté de biens entre eux, derogeant pour cet effet, à la disposition de la coutume de ce pays et duché de Touraine. Le tout en sorte que le bien de l'un ne puisse servir à l'autre.

Se prendront les futurs avec leurs biens et droits, qui consistent à l'égard du futur à la somme de mil livres tant pour moitié des meubles et effets contenus en l'inventaire de la dissolution de son premier mariage, qu'il a fait devant nous Bigot l'un des notaires soussignez, datté en son commencement du quatre de ce mois, que pour la valeur des closeries, des Rochettes scituée paroisse Ste Radegonde et de la Lande scituée paroisse de Reugny, deduction faite des dettes passives contenues au d. inventaire et des sommes de rente duës sur la d. closerie des Rochettes.

Et ceux de la future consistent en la somme de cinq cens soixante cinq livres six deniers, pour les meubles et effets contenus dans un memoire, qu'en ont fait faire les futurs à l'amiable entr'eux, lequel memoire est demeuré joint et attaché à ces presentes pour y avoir recours quand besoin sera; après qu'il a esté des dites parties signé, et de nous notaire paraphé ne varietur. plus cent douze livres dix sols, comptant provenant de pareille somme qui lui a esté remboursée par le d. futur, a qui elle les avoit preté et payée en son acquit, ainsy qu'il paroist aux dettes passives de l'inventaire Cinquante sept livres dix sols de rente au principal de onze cens cinquante livres, à la future duë par les héritiers de la veuve Coisneau assignée sur une maison scituée au Boulevard la Riche de cette ville de Tours, ou est decedée la d. veuve Coisneau.

Trente cinq livres d'autre rente au principal de sept cens livres duë à la d. future par le nommé Bullot m^e couvreur à Tours y demeurant rue de la Rôtisserie près St Gatien. Et une autre rente de vingt livres au principal de quatre cens livres duë à la ditte future par François Audebert demeurant paroisse de Bertenay, et les arrerages echus depuis l'année 1735, jusqu'à ce jour, ce qui compose neuf

années qui forme quatre vingts livres. Total des biens de la future se monte à trois mille cent sept livres, dix huit sols six deniers.

Qui sont tous les biens que les futurs ont dit avoir.

Desquels biens et droits les dits futurs jouiront chacun d'eux a part. et d'iceux qui leurs pourroient echeoir, auquel effet au respect de la ditte future, elle demeurera en tant que sera besoin et ou seroit bien et duement autorisée du consentement du d. futur tant pour jouir du revenu de ses immeubles que pour ester en Justice pour la poursuite et direction de ses droits et mesme pour recueillir la distraction de ses meubles et effets au cas qu'ils fussent saisis ou arrêté à la requête des créanciers du d. futur.

Aura la dite future douaire coutumier, au cas que douaire ait lieu.

Car ainsy le tout a esté voulu, consenty et stipulé et accepté entre les parties, etc.

Temoins François-Richard m^e ouvrier en soye, frère de la future par. de la Riche; François Jaquette m^e chirurgien (Tours) par. de St-Vincent, beaufrère du futur à cause de Jeanne Perdereau sa femme.

[Signé :]

PERDEREAU. — I. M. RICHARD. — JACQUET. — FR. RICHARD. — BEAULIEU (notaire). — BIGOT (notaire).

Arch. d'Indre-et-Loire, Dépôt de M^e Chauvin, minutes Bigot.

III

CONTRAT D'APPRENTISSAGE DE PIERRE BEDOUE, CHEZ
JACQUES PERDEREAU M^e CHIRURGIEN A TOURS.

Le vingt septembre mil sept cens quarante cinq, par devant les conseillers du Roy, notaires à Tours, soussignez. Fut présent Pierre Bedouet m^e Rotisseur à Tours demeurant paroisse St Pierre le Puellier; lequel pour le bien et utilité de François Bedouet son fils, âgé de quinze ans ou environ cy présent, et consentant, l'a mis et obligé en qualité d'apprenti pour le temps de cinq années entières et consecutives, a commencer du premier janvier prochain et finir a pareil jour après les dittes années expirées et révolues, vers et en la maison du sieur Jacques Perdereau, m^e chirurgien à Tours y demeurant paroisse St Pierre le Puellier, cy présent et acceptant; pendant lequel tems le dit sieur Perdereau s'oblige montrer et enseigner son dit art de chirurgien, aud. apprenti, et tout ce dont il se mesle et entremet à cet égard, sans luy rien cacher, ny déguiser, et le rendre capable et expert dans le d. art de chirurgien, à la fin du dit tems, si audit apprenti ne tient.

Le d. apprenti a promis de bien apprendre et obéir à son d. maître en tout, ce qu'il luy commandera de licite et honneste, sans pouvoir s'absenter. Le présent apprentissage fait aux charges par le dit Bedouet père de nourrir, blanchir et entretenir son d. fils la première année du present apprentissage et pendant le cours entier du dit apprentissage fournira à son d. fils de razors, lancettes, et livres, et autres instrumens necessaires aud. art de chirurgien, et faire repasser les razors et lancettes et racomoder les autres instrumens à toutes requisitions. Et à l'égard des quatre autres années du present apprentissage; le d. apprenti sera nourri, couché et blanchi chez le d. sieur Perdereau; et les habillemens et entretien seront fournis aud. apprenti par son d. père, sans y etre par

le d. sieur Perdereau en aucune façon tenu. Les droits qui pourront être dûs pour le present apprentissage, seront payés par le père du d. apprenti, s'oblige le dit. de donner, payer au dit sieur Perdereau pour le present apprentissage Dix livres d'huy en quatre mois et de donner pendant les dittes cinq années chacun an, au d. sieur Perdereau, deux poulets rôtis au jour de St Cosme. Et convenu entre les d. parties que ceux qui retiendront le d. apprenti au prejudice des presentes, seront poursuivis pour le renvoyer faire son tems, si mieux n'aime payer aud. sieur Perdereau la somme de cent livres pour ses dommages et interests. Seront le coût des presentes payé par led. Bedouet, qui en fournira coppie à ses frais aud. sieur Perdereau, dans quinzaine Consenty etc. promettant etc, renonçant etc. etc.

[Signé]

Perdereau. — Pierre Bedouet — F. Bedouet — Beaulieu [notaire] — Bigot [notaire]

Arch. d'Indre-et-Loire. Dépôt de M^e Chauvin notaire, minutes Bigot.

LISTE DES MÉDECINS DES STATIONS THERMALES

Et des stations d'hiver.

Afin de rendre service à ceux de nos lecteurs qui n'ont pas de correspondants dans les stations thermales et d'hiver, nous publions la liste des médecins de ces stations qui sont nos abonnés :

Dr Castelbou. — Dr Lalou. — Dr Verdalle, à Cannes. — Dr Gallot. — Dr De Langenhagen, à Menton. — Dr Leriche, aux Eaux-Bonnes, et au Sanatorium de Meung-sur-Loire (Loiret). — Dr Verdalle, à la Bourboule. — Dr Bartoli, à Châtel-Guyon. — Dr Veillon, à Vichy.

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 antidéperditeurs, 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.

Tours, imp. Tourangelles.