

DE LA CONSERVATION DANS LE TRAITEMENT DES GRANDS TRAUMATISMES DES MEMBRES (1)

Par M. le Dr LAPEYRE, de Tours,
Chirurgien en chef de l'Hôpital.

Dans son remarquable exposé, M. le Rapporteur a traité dans son ensemble la question de la conservation dans les traumatismes des membres, et les orateurs qui lui ont succédé viennent de préciser bien des points de cette étude considérable. Pour ma part, je me bornerai à l'étude d'une seule partie de cette question si vaste et n'envisagerai ici que les indications et les résultats de la chirurgie conservatrice, dans ce que nous sommes convenus d'appeler la classe des grands traumatismes, c'est-à-dire ceux-là même qui, par la gravité et l'étendue des lésions, leur nature, broiement ou arrachement, comportent le pronostic le plus sombre et offrent le champ le moins propice, semble-t-il, à la chirurgie reconstitutive.

Comme chirurgien d'une Compagnie de chemin de fer, j'ai eu, en effet, l'occasion d'observer un certain nombre de ces écrasements dont les moindres peut-on dire consistent en le broiement d'un segment de membre; de sorte que sur un total d'une trentaine d'observations ces accidents comptent pour près de la moitié.

Les observations qui servent de base à ce travail constituent donc bien une série de cas particulièrement graves, et les succès obtenus par la chirurgie conservatrice n'en sont que plus éclatants.

Comme l'a si bien dit M. le Rapporteur, il ne s'agit plus de plaider la cause de la conservation. Depuis le remarquable rapport à cette même tribune en 1895 de M. le professeur Reclus, la question est entendue, mais cependant ici comme dans tous ses autres domaines, la chirurgie moderne a évolué et progressé, et il est intéressant de le constater.

Nous sommes certainement mieux armés aujourd'hui contre les complications éventuelles de ces grands traumatismes que nous ne l'étions à l'heure où M. Reclus se montrait si hardiment conservateur.

L'hémorragie et l'infection, tels sont en effet les deux accidents que nous avons à combattre.

Or, contre l'une et l'autre nous possédons aujourd'hui un moyen thérapeutique nouveau et de valeur certaine, l'injection à haute dose de sérum artificiel. Et contre une des modalités les plus graves de l'infection, le tétanos, nous sommes aujourd'hui prémunis par l'injection préventive, *systématique* de sérum antitétanique. Je dis systématique, car je suis de ceux, de beaucoup je pense les plus nombreux, qui ont établi comme règle absolue en pareil cas l'emploi immédiat du sérum antitétanique. Ainsi notre choix entre la conservation et l'amputation, de moins en moins influencé par la crainte de ces complications, ne repose plus *réellement* que sur la valeur du résultat fonctionnel à obtenir.

De plus, et ceci n'est pas le moindre de nos progrès, nous obtenons la conservation, nous évitons l'amputation secondaire là où, il y a quelques années, nous éprouvions encore des échecs.

Ce dernier progrès est dû à la substitution de la méthode aseptique à la méthode antiseptique dans ces plaies infectées, considérées pendant longtemps, encore après l'avènement de l'asepsie, comme devant être soumises à l'action prolongée des antiseptiques.

A l'origine, après désinfection à l'acide phénique ou au sublimé « l'embaumement », suivant le mot de Reclus, était fait dans des compresses chargées d'iodoforme. Un peu plus tard, pendant mon internat même, l'embaumement ne consistait plus qu'à recouvrir la plaie de couches épaisses de l'innoffensif acide borique. C'est que déjà l'on avait compris l'action particulièrement nocive des antiseptiques sur des tissus désorganisés par le traumatisme et tout prêts au sphacèle.

Un pas de plus et l'asepsie triomphe ici comme dans le reste de la chirurgie, au grand avantage des résultats obtenus, des restitutions de la forme et de la fonction.

Dans ma pratique personnelle, je n'hésite pas à affirmer la supériorité des résultats que j'ai obtenus en ces dernières années, surtout au point de vue de la moindre durée de la guérison.

La substitution de l'asepsie à l'antiseptie dans la chirurgie des grands traumatismes doit-elle avoir pour résultat de proscrire absolument l'emploi de toute autre substance que l'eau bouillie et la gaze stérile.

M. le Rapporteur indique déjà une exception en faveur de l'eau oxygénée.

Je crois, en effet, qu'il n'y a que des avantages à son emploi: l'eau oxygénée, mousseuse, entraîne mécaniquement, hors d'une plaie anfractueuse, des parcelles souvent septiques, et si, comme les antiseptiques ordinaires elle a une certaine valeur microbicide, au contraire d'eux elle paraît favoriser la vie des tissus, s'opposer à leur mortification.

De même, je réclamerai aussi une exception en faveur de l'alcool, non tant en raison de sa valeur antiseptique que parce que, sans danger pour la vie des tissus, il a de plus cette valeur d'absorber les liquides exhalés par la plaie, de s'opposer aux fermentations putrides, d'être en un mot vraiment conservateur.

A côté du pansement purement stérile, je crois donc qu'il y a une place à faire à ce pansement utilisé par moi depuis trois ans dans les traumatismes particulièrement graves et composé de compresses stériles trempées dans un mélange d'eau bouillie, d'alcool et d'eau oxygénée.

Je crois que le pansement réalise au mieux, en l'état actuel, les conditions favorisant la vitalité des tissus et leur conservation par l'association de l'alcool et de l'oxygène.

Et je n'ai qu'à me louer de son emploi.

Mes observations comprennent un certain nombre de cas où l'amputation immédiate à distance a été faite; dans tous ces cas j'ai agi ainsi parce qu'il y avait impossibilité ou inutilité à faire la conservation. Dans de telles conditions, je reste partisan de l'amputation immédiate et la crois supérieure à l'amputation retardée pour des raisons que j'aurai plus loin l'occasion d'exposer.

Comme le dit fort bien M. le Rapporteur, il est des amputations secondaires qui sont des opérations conservatrices en dépit de l'opposition apparente des termes, j'en compte quelques-unes.

En pareil cas, le bénéfice de la conservation primitive est de permettre une amputation secondaire plus basse que n'eut pu l'être l'amputation immédiate.

L'avantage est d'importance quand une articulation peut ainsi être sauvée, le segment de membre conservé permet alors le port d'un appareil prothétique donnant une suppléance fonctionnelle plus complète (Ex. conservation du coude, du genou, etc.)

OBSERVATIONS

Je range toutes mes observations en deux groupes: Amputations immédiates — Essais de conservation.

(1) Communication faite au Congrès français de chirurgie, d'octobre 1905.

Comme on le verra à la lecture de ces observations résumées, la conservation nécessite presque toujours l'intervention active du chirurgien. Souvent il s'agit d'interventions non réglées, régularisation du moignon, ablation d'esquilles, incisions de décharge dans d'autres cas, au contraire une véritable opération est nécessaire pour assurer le résultat fonctionnel désiré.

1^{er} GROUPE : Amputations immédiates

Observation I. — Broiement de la main par éclatement d'un fusil. — Amputation du poignet ; guérison sans suppuration.

Alfred X..., 25 ans, cultivateur, entre à Saint-Gatien le 12 décembre 1896. L'accident date du matin. La main est totalement broyée, impossible à conserver. Le radius est fracturé à 5 centimètres au-dessus du poignet. Amputation à manchette au niveau de la fracture. — Drainage. — Injection antitétanique. Guérison parfaite avec un bon moignon.

Obs. II. — Ecrasement total de deux jambes par un tramway. Amputation immédiate des cuisses. Mort le 5^e jour.

Georges X..., ouvrier, 32 ans, entre salle 10 ter le 2 avril 1898. L'extrémité inférieure des deux cuisses est broyée, presque détachée, le blessé en état de Shock très grave, avec toute sa connaissance. Amputation immédiate des deux cuisses, 2 heures environ après l'accident. Mort le 5^e jour de septicémie.

Obs. III. — Broiement du bras par une machine à battre. Désarticulation de l'épaule. Guérison avec fièvre et suppuration.

Alph. X..., journalier, 45 ans, entre salle 10 bis le 30 avril 1898. le lendemain de l'accident.

Aucune conservation n'est possible. Il y a juste assez d'étoffe pour la désarticulation. 2 drains. Injections antitétaniques. La température s'élève à 39° pendant cinq jours. Suppuration pendant un mois. Guérison.

Obs. IV. — Broiement du bras par une machine à battre. — Amputation intradeltoidienne. Guérison avec suppuration légère.

Jules X., 39 ans, mécanicien, blessé dans des conditions identiques le 10 septembre 1898. Le bras ne tient plus que par des lambeaux cutanés. Amputation dans la journée. 2 Drains. Sérum antitétanique. Un peu de suppuration au côté interne du moignon.

Obs. V. — Arrachement de l'avant-bras par une essoreuse. Amputation immédiate du bras. Guérison après suppuration.

X..., 27 ans, blanchisseur, entre à St-Gatien le 24 mars 1899. Les os de l'avant-bras ont été brisés à la partie moyenne, mais les muscles et la peau sont arrachés au delà du coude. Amputation une heure après l'accident. Drainage et sérum antitétaniques. Suppuration peu grave.

Obs. VI. — Ecrasement du pied et de la partie inférieure de la jambe par un wagon. Amputation immédiate au lieu d'élection, Suppuration et fièvre. Guérison.

Saturnin X..., homme d'équipe, 54 ans, entre le 10 mai à St-Gatien. Hémorragie grave des tibiales ; le tibia et le péroné fracturés à la partie inférieure font issue au milieu de tissus réduits en bouillie. Amputation à lambeau externe. Délire alcoolique. Fièvre. Un peu de sphacèle de la pointe et du lambeau externe. Guérison en 7 semaines.

Le pansement a été purement aseptique.

Obs. VII. — Ecrasement de la main par un wagon. Amputation immédiate du poignet. Guérison.

Madame X..., 45 ans, tombée du train à Port-Boulet. Amputation du poignet le soir même, 20 octobre 1901. Pansements aseptiques. Guérison parfaite sans fièvre ni suppuration.

Obs. VIII. — Arrachement du bras par une machine à battre. Amputation haute de l'humérus. Guérison.

Pierre X..., 4 ans, a échappé à la surveillance des parents,

entre hôpital salle 10, le jour même de l'accident 20 octobre 1901. Le bras a été totalement arraché. Drainage. Sérum. Guérison sans fièvre ni suppuration.

Obs. IX. — Ecrasement de l'extrémité inférieure de la jambe par un train. Amputation immédiate au lieu d'élection. Guérison.

X..., employé de commerce, tombe du train le 22 février 1904. Le pied est resté sur la voie. Hémorragie abondante et shock. Amputation 4 heures après. Drainage. Guérison parfaite.

Obs. X. — Ecrasement par une locomotive des deux membres inférieurs. Amputation immédiate des deux cuisses. Mort le 4 juin de septicémie gazeuse.

Julien X., 25 ans, homme d'équipe, a les deux cuisses presque détachées au 1/4 et 1/3 inférieurs. Amputation régulière à droite, très haute, irrégulière à gauche. Presque pas de sutures. Injections de sérum artificiel. Pas de shock mais le 3^e jour phénomènes de septicémie gazeuse à gauche. Mort le lendemain avec bouillonnements gazeux remontant jusque dans l'aîne.

J'ai toujours opéré immédiatement ; quelle que soit ma confiance dans l'efficacité de nos pansements j'estime que les chances d'infection du moignon sont d'autant moindres que l'amputation est faite plus près de l'accident. En fait la guérison a été parfaite dans les trois cas ou l'opération a été faite quelques heures seulement après. L'opération retardée ne me paraît guère pouvoir être admise que dans des cas très graves de mutilation double des cuisses par exemple pour éviter au malade un nouveau shock. J'ai perdu mes deux malades par l'amputation immédiate, aurais-je été plus heureux en retardant une des amputations. J'avoue ne pas le croire, puisque c'est à l'infection qu'ont succombé mes deux malades, et dans le fait suivant où j'ai pratiqué par comparaison l'abstention, je n'ai pas été plus heureux.

Obs. XI. — Arrachement du bras droit au niveau de l'épaule. Section du bras gauche au coude par une faucheuse. Abstention opératoire. Mort le 7^e jour d'infection.

Alfred X., 10 ans, est vu par moi à Saint-Branches, 10 heures après l'accident. L'hémorragie est arrêtée, le shock très accusé. Désinfection soignée et régularisation des deux plaies. Pansement alcool et eau oxygénée. Sérum. Injections antitétaniques. Le malade très vigoureux résiste à l'infection septicémique, 41^e jusqu'au 7^e jour.

Ce groupe des amputations immédiates pour grands traumatismes comprend donc dix observations avec deux morts, soit 20 0/0 de mortalité. Ces deux morts concernent deux cas d'amputation simultanée de deux membres, mais il est à noter que dans les deux cas, la mort n'a nullement été le résultat du shock traumatique, mais a été due à l'infection. Cette infection s'est elle-même produite parce que, sur un des membres au moins, l'amputation n'a pu dépasser la limite des tissus atteints par l'écrasement et offrant un terrain propice à la marche de l'infection.

Dans tous les autres faits, la guérison a été obtenue dans la majorité des cas après suppuration. Une seule fois dans une désarticulation de l'épaule les phénomènes d'infection ont paru graves pendant plusieurs jours.

Les facteurs d'une bonne guérison sont la rapidité de l'amputation, l'éloignement suffisant du foyer traumatique. J'ai toujours drainé et fait, à partir de 1900, un pansement aseptique pur.

Toutes ces amputations ont été faites pour des cas dans lesquels on ne pouvait rien attendre de la conservation. Il n'y avait à choisir qu'entre l'amputation immédiate ou retardée.

(A suivre)

Notes Pratiques sur le Traitement de l'Eclampsie

Par MM. FAIX et HERBINET.

Internes à la Maternité de Paris.

Au nombre des accidents survenant au cours de la grossesse, les accès éclamptiques comptent parmi les plus graves et les plus dramatiques. Aussi tout praticien doit-il être prémuni contre eux, afin de rassurer promptement l'entourage en conjurant dans la mesure du possible leurs pernicious effets. C'est pourquoi, sans faire une revue des nombreux traitements tour à tour préconisés, ni vouloir imposer une ligne de conduite immuable, avons-nous cru pouvoir (encouragés par nos bons résultats) exposer le traitement appliqué sous la direction de nos maîtres à la Maternité de Paris.

Avant tout, en fait d'éclampsie il est, comme en bien d'autres maladies, préférable de prévenir que de guérir. C'est en vertu de ce principe indiscutable que nous ne voulons point laisser sous silence l'efficacité reconnue du traitement préventif.

Chez toute femme enceinte où l'examen des urines systématiquement pratiqué a décelé la présence d'albumine sans pus, on peut et on doit à défaut d'autre cause pathologique, évidente, mettre sur le compte de la grossesse cette albuminurie.

Quelles que soient les théories invoquées pour expliquer cette auto-intoxication au cours de la grossesse, on sait que pratiquement le régime lacté absolu est le remède efficace employé. D'où l'affirmation justement célèbre de Tarnier : « Je n'ai jamais vu se produire d'accès d'éclampsie quand le régime lacté absolu a été institué depuis 8 jours au moins, si grande que fût l'albuminurie et si marqués que fussent les prodromes de l'éclampsie. »

A ceci, on rencontre quelquefois dans la pratique de véritables difficultés.

Telle malade a le lait en horreur, telle autre réussit à le prendre mais le rend aussitôt ; chez une troisième le lait provoquera une diarrhée persistante. Comment se tirer d'affaire dans de pareilles conditions ?

Nous avons réussi avec la méthode suivante : dans les cas de répulsion, éviter les trop grandes quantités de lait ; en faire prendre 3 litres par jour, un verre d'heure en heure. Après l'ingestion du lait, faire boire quelques cuillerées d'eau de Vichy et prescrire de se brosser soigneusement la bouche avec une solution alcaline légèrement aromatisée, empêchant la fermentation lactique de se produire, et supprimant le goût désagréable qui en résulte.

Le même mode d'administration convient pour les vomissements ; s'ils persistaient toutefois, il faut avoir recours à un lavage d'estomac le matin à jeun avec environ un litre d'eau tiède additionnée de 1 gramme de salicylate de soude.

Enfin la diarrhée sera combattue par la simple ingestion de plusieurs cachets correspondant à 15 ou 20 gr. de craie préparée, à répéter chaque jour suivant l'effet.

Il est également bon dans les albuminuries abondantes de prescrire au début le régime hydrique absolu, sans limitation de quantité, le lait apportant aussi, comme on l'a récemment démontré, un surcroît de chlorures à éliminer.

Tout cela a pour effet d'éviter l'intoxication alimentaire ; celle-ci sera également réduite par l'emploi de purgatifs salins qui s'opposeront à la constipation fréquente chez la femme enceinte. Il arrive assez souvent que ces purgatifs sont vomis, il ne faut pas hésiter, en pareil cas, à en donner successivement jusqu'à ce qu'une quantité suffisante pour faire effet soit absorbée.

Les émonctoires cutanés auront leur bon fonctionnement assuré par la prescription de bains chauds fréquents.

Tel est le traitement préventif. Mais le plus souvent c'est à la suite du premier accès qu'on est appelé à intervenir. Innombrables ont été les moyens proposés en cette occurrence. Voici ceux que nous avons retenus et qui nous ont donné satisfaction.

Quel que soit le moment de la grossesse où apparaît l'accès, pénétrés de ce fait qu'il s'agit de lutter contre une intoxication, nous cherchons à faire éliminer le plus rapidement possible les poisons de l'organisme. Cette première indication se trouve admirablement remplie par la saignée. Nous la faisons au lieu d'élection, c'est-à-dire au pli du coude si les veines sont apparentes, ce qui est l'exception chez la femme. Dans les cas où la recherche des veines à ce niveau pourrait paraître infructueuse ou même simplement un peu longue, la découverte de la saphène interne en avant de la malléole interne, facilement palpable sur la surface osseuse sous-jacente, nous a toujours réussi. De plus, son volume constant nous permet d'obtenir les 500, 600, 700, 800 grammes que nous n'hésitons pas à soustraire suivant la corpulence de la malade.

Le moment où se fait cette saignée nous guide aussi pour la quantité à retirer ; il est bien évident que chez une accouchée nous ferons une émission sanguine moins abondante, l'hémorragie normale de la délivrance constituant déjà une soustraction sanguine bienfaisante. Et nous nous permettrons d'insister sur la quantité de 700 à 800 grammes qui peut paraître considérable, mais qui, somme toute, est seule capable de produire les meilleurs effets, témoins ces malades qui en plein coma durant la saignée retrouvent la connaissance après une telle émission sanguine.

Supprimer une partie du sang toxique, tel est le but de la saignée. On y adjoint les autres moyens employés en pareille circonstance : purgatifs, entéroclyse, inhalations d'oxygène, diète hydrique.

Les purgatifs salins employés, tel le sel de Carlsbad ou de Sedlitz par la chasse intestinale qu'ils provoquent débarrassent l'organisme des produits toxiques et font une véritable dérivation au niveau de la muqueuse intestinale.

L'entéroclyse complète le traitement antitoxique. On fait passer à l'aide d'une sonde rectale très longue 20 à 30 litres d'eau bouillie et cette opération est répétée deux fois par jour, soir et matin. Le régime hydrique absolu est institué et de gré ou de force on fait prendre aux malades 200 grammes d'eau bouillie toutes les heures. S'il s'agit de malades dans le coma, on peut leur mettre une sonde molle passant par une narine et arrivant jusque dans l'œsophage ; on peut encore, après avoir ouvert un des côtés de la bouche en pinçant la joue, faire pénétrer l'eau bouillie en se servant d'un récipient appelé « canard ».

Mais dira-t-on, vous avez soustrait une certaine quantité de sang toxique, pourquoi ne pas le remplacer par de l'eau salée, qui diluera aussi les toxines restant. C'est à cette indication que répondent les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel. Malgré tout le crédit dont elles jouissent dans bon nombre de services, nous ne les jugeons plus indispensables, d'autant plus que les autres voies normales suffisent à l'absorption de sérum. Et la muqueuse gastrique, sur les 4 litres d'eau bouillie ingérée, et la muqueuse intestinale sur les 30 litres qui servent à l'entéroclyse n'ont-elles pas toutes deux le pouvoir normal d'absorber ce qui est nécessaire à l'organisme. Nous avons donc abandonné les injections sous-cutanées de sérum artificiel, jugeant la méthode inutile et convaincus même que dans certains cas cette absorption par les tissus déjà infiltrés

est tout à fait illusoire. Nous ajoutons même qu'il peut être imprudent de charger de chlorures un organisme qui déjà les élimine difficilement.

Contre les injections intraveineuses de sérum, nous dirons seulement qu'on est déjà en présence d'une tension sanguine considérable, et le risque d'une rupture vasculaire, hémorragie cérébrale par exemple à la suite d'une injection, peut faire hésiter en pareil cas.

En résumé, saignée, purgatifs salins ou drastiques, entéro-clyse, régime hydrique, inhalations d'oxygène constituent les différentes parties du traitement que nous préconisons.

Tout cela, on le voit, s'adresse avant tout au coefficient « intoxication » qui résume la pathogénie des accès éclamptiques. C'est le traitement logique par excellence mais à côté y a-t-il le traitement de l'accès en lui-même ? Nous répondrons négativement. Traiter l'éclampsie c'est traiter l'accès, et il nous a été facile de voir qu'une fois le traitement institué les accès diminuent de nombre pour cesser bientôt. Aussi proscrivons-nous de notre thérapeutique l'administration de chloral et de chloroforme, qui ont pour unique but de réduire le nombre des accès.

Nous ne jugeons pas cette pratique dangereuse, nous la trouvons simplement superflue, tout en faisant quelques réserves sur l'usage des médicaments difficiles à éliminer et qui peuvent encore, sous une certaine mesure, être un élément toxique de plus pour l'organe malade. Malgré tout, nous n'allons pas jusqu'à traiter par le mépris l'éclosion de nouveaux accès, nous nous contentons de parer aux accidents fréquents dont ils sont souvent la cause, la morsure de la langue en particulier. Dès qu'un accès va se produire, il est facile de tenir la mâchoire inférieure appliquée solidement contre la mâchoire supérieure. On évite ainsi toute issue linguale entre les arcades dentaires et le traumatisme violent qui en résulte dans les secousses cloniques.

On peut encore agir différemment : il suffit de prendre un mouchoir, de le plier de façon à en faire une compresse de 4 à 5 centimètres de largeur et de le placer entre les deux mâchoires. On emprisonne de la sorte la langue dans le fer à cheval que constitue le maxillaire inférieur.

Les autres accidents, mis également sur le compte des accès, tels ecchymoses conjonctivales et palpébrales, emphysème localisé ou généralisé, hémorragie cérébrale, sont les premiers peu sérieux, les seconds plutôt rares ; et d'ailleurs, nous devons dire que dans notre statistique de quinze cas, après la mise en pratique de notre traitement, 4 femmes seulement ont présenté de nouveaux accès, au nombre de 15 pour l'une qui succomba, de 7, de 3 et de 1 pour les autres.

Reste maintenant à envisager le *Traitement obstétrical*, un des côtés les plus importants de la question et soumis à de nombreuses controverses. Nous nous contenterons encore d'exposer la ligne de conduite qui est suivie à la Maternité.

Une division s'impose, fondée sur la date d'apparition des accès éclamptiques.

1° *L'accès survient pendant la grossesse.* Ces cas sont heureusement rares, surtout pendant les premiers mois d'une grossesse. Nous soignons ces malades comme de simples urémiques, sachant que le fœtus est presque voué à la mort, et que les accidents de ce fait vont entrer en régression. Si par hasard, les accès, sous l'influence du traitement, ne cédaient pas, il faudrait, en désespoir de cause, se résoudre à l'avortement provoqué ou à l'accouchement prématuré, suivant les cas ; mais, de fait, l'éclampsie se voit en général au moment du travail.

Ici deux cas à considérer. La dilatation est-elle incomplète, attendre, quel que soit l'état de l'enfant. Celui-ci, d'ailleurs, est souvent très compromis et il ne semble pas qu'il vaille les risques d'une dilatation forcée sur un utérus fréquemment tétanisé.

La dilatation est-elle complète, nous avons toujours pratiqué l'extraction du fœtus soit par le forceps, soit par une version suivant la présentation. Il faut toutefois agir avec une prudence d'autant plus grande que les tissus infiltrés sont moins résistants et moins élastiques. C'est dire que les déchirures du périnée ne sont pas rares et même dans la plupart des cas difficiles à éviter.

Au moment de la délivrance, nous ne perdons pas de vue la possibilité d'hémorragies abondantes et de rétention de membranes, en particulier de caduque épaissie et dégénérée : c'est ce qui en général motive, de notre part, une délivrance artificielle faite avec tous les soins d'une asepsie rigoureuse. Une injection intra-utérine d'eau bouillie complète les soins donnés lors de la délivrance.

En cas de déchirure périnéale, on peut toujours tenter la suture immédiate, sans toutefois affirmer que la cicatrisation se fera dans de bonnes conditions, à cause de l'infiltration plus ou moins marquée des tissus. L'échec est plus que probable, et on sera quitte pour faire une périnéorraphie secondaire.

Durant les suites de couches, il faut prendre toutes les précautions nécessaires contre une infection possible. Des injections vaginales faites 3 fois par jour avec 2 à 3 litres d'eau bouillie sans adjonction d'aucun antiseptique pourront parer à cette éventualité toujours redoutable. Il ne faut pas oublier en effet que l'éclampsie offre un excellent terrain à l'infection aussi bien qu'à l'intoxication ; et la crainte d'un toxique de plus nous fait dans tous nos soins, autant pendant le travail qu'après la délivrance, proscrire d'une façon absolue l'emploi de tout antiseptique. C'est de l'eau bouillie additionnée ou non de sel marin, ou même de l'eau oxygénée très diluée que nous utilisons à l'exclusion de tout autre liquide.

De même, nous recommandons vivement de n'appliquer aucun pansement vulvaire, qu'il y ait eu ou non périnéorraphie : il est facile de comprendre que le pansement en T d'usage en obstétrique, dans les cas normaux après la délivrance, serait ici constamment souillé par des matières fécales, résultat des purgatifs ordonnés, ce qui favoriserait singulièrement l'infection au niveau de la filière génitale.

Enfin, par mesure de sécurité plus grande, sachant que nous sommes souvent en présence d'une femme subconsciente, sinon inconsciente, nous laissons une garde permanente qui devra surveiller la malade et éviter tout accident de se produire. Il va sans dire que toutes les conditions matérielles doivent également entrer en ligne de compte : chambre spacieuse, bien aérée, bien chauffée, une température de 16 à 18° sera même à désirer, lit large sans couverture trop lourde constituant le confort idéal. Le plus grand calme doit régner autour de la malade et une demi-obscurité sera très favorable. On sait en effet que tout comme les attaques convulsives de tétanos, les accès éclamptiques sont le résultat d'excitations extérieures, de quelque nature qu'elles soient.

Si malgré le traitement, les accès éclamptiques continuent, à l'issue fatale qu'ils peuvent déterminer, se rattache un petit point de thérapeutique ayant trait à l'enfant. La formule est générale et ne prête à aucune discussion. En cas de mort de la mère, dans une grossesse de plus de 7 mois, si l'on constate les battements du fœtus, on ne doit pas hésiter une seconde à faire une césarienne et obtenir ainsi un enfant viable.

Dans les suites de couches rentre également la question de l'allaitement. Une éclamptique, albuminurique ou non, doit-elle allaiter son enfant ? On est à peu près unanime à faire une réponse affirmative. C'est cette ligne de conduite qui est adoptée à la Maternité, sans aucun inconvénient pour l'enfant.

Qu'il nous soit permis de donner ici les résultats

obtenus depuis le 1^{er} mai, date à laquelle ce traitement a été fidèlement appliqué.

Sur 15 cas un seul décès.

Ces 15 cas sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Un simple examen permet de voir quels bons résultats nous avons pu obtenir tant au point de vue maternel que fœtal, c'est cette statistique encourageante qui nous a seule permis de rapporter ici notre conduite.

NUMÉROS	MOMENT DE L'ÉCLAMPSIE	ACCÈS		SAIGNÉE	ACCOUCHEMENT	ENFANT	TERMINAISON
		AVANT SAIGNÉE	APRÈS SAIGNÉE				
963	Post partum	2	»	400 gr.	spontané 8 1/2	vivant	guérison
1094	Travail	5	»	500 —	forceps	—	—
1232	Grossesse, travail, post partum	3	27	1.000 —	spontané 8 1/2	mort	—
1417	Post partum	7	»	200 —	spontané 7 1/2	vivant	—
1756	Grossesse et travail	4	3	600 —	forceps terme	—	—
1811	Grossesse et travail	14	15	900 — 590 —	spontané 7 mois	mort	mort
1819	Travail	3	»	455 —	forceps terme	vivant	guérison
1927	Travail	6	»	465 —	forceps 8 1/2	—	—
2105	Post partum	accès subintrans	»	1.000 —	spontané	—	—
2128	Travail	3	2	800 —	—	—	—
2340	Grossesse	prodromes		régime	—	—	—
Ville	Travail	5	»	450 gr.	—	—	—
(Sag.-f. agréée)	Travail	3	»	600 —	—	mort	—
grossesse extr.-utérine	Grossesse	accès subintrans	»	?	laparatomie terme	—	—
1906	Travail	prodromes		700 —	spontané	vivant	—

NOTES D'ORTHOPÉDIE

L'INDEX VARUS

et les Déviations latérales des Doigts

Communication faite le 13 janvier 1906
à la Société Médicale d'Indre-et-Loire.

Par le D^r Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL, de Tours.

Si quelques-unes des nombreuses difformités congénitales des doigts ont été particulièrement bien étudiées et sont aujourd'hui parfaitement connues, il en est d'autres qui semblent n'avoir pas retenu beaucoup l'attention des observateurs, soit qu'elles aient paru n'avoir qu'un médiocre intérêt pathologique, soit qu'elles aient passé inaperçues par suite de leur rareté.

Il existe une bibliographie très considérable pour tout ce qui concerne l'augmentation et la diminution du nombre des doigts, les variations des phalanges, les doigts palmés, etc., etc., et dans l'excellent article de Polaillon (1), paru en 1884, on trouvera un résumé très complet de ces différentes déformations digitales.

Par contre, la littérature médicale est à peu près muette au sujet de tout un ordre de difformités congénitales, je veux parler des déviations latérales des doigts. C'est à peine si Malgaigne (1) et Vidal de Cassis (2), y font allusion dans leurs traités déjà anciens. Nous ne trouvons aucune indication ni dans la thèse de Caille (3), qui date de 1843, ni dans les travaux d'ensemble plus modernes d'Annandale (4), de Mac Kellar (5), de Fort (6), de Mirabel (7), de Polaillon, de Mathias Duval et Le Dentu (8), ni dans les traités récents de chirurgie et d'orthopédie.

C'est donc un sujet à peu près nouveau que nous traitons ici, sujet qui comporte quelques particularités intéressantes au point de vue anatomique et au point de vue pathologique.

Si nous comptons traiter en général des diverses déviations latérales des doigts, nous insisterons plus spécialement sur l'*Index varus*, c'est ce qui explique le titre que nous donnons à cet article.

(1) MALGAIGNE. *Leçons d'orthopédie*, 1862.

(2) VIDAL DE CASSIS. *Traité de pathologie externe*, tome V.

(3) CAILLE. *Difformités des doigts et des orteils*. Thèse de Paris, 1843.

(4) ANNANDALE. *Les déformations des doigts*. Edinbourg, 1865.

(5) MAC KELLAR. *Hereditary malformation of extremities*, in Glasgow. Medical journal. Tome II, page 390.

(6) FORT. *Les difformités congénitales et acquises des doigts*. Thèse d'agrégation, 1869.

(7) MIRABEL. *Malformations des doigts*. Thèse Paris, 1873.

(8) MATHIAS DUVAL ET LE DENTU. in *Dictionnaire encyclopédique de Médecine et de Chirurgie*, 1873, tome XXI, article main.

(1) POLAILLON. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1886. Tome XXX, article doigt.

I

DÉFINITION

Les déviations latérales des doigts peuvent être de deux sortes : ou le doigt est *dévié du côté radial*, et nous avons la variété dite *varus* ; ou il est *dévié du côté cubital*, et nous avons la variété dite *valgus*. Il était important de bien définir ces deux termes, et de s'entendre sur leur valeur, afin d'éviter toute confusion.

FRÉQUENCE

Les déviations latérales des doigts, bien que peu fréquentes, sont cependant loin d'être rares. Depuis que notre attention a été attirée sur elles, nous avons examiné dans les écoles, les patronages, les usines ou ateliers, les mains d'environ 2500 sujets tourangeaux, soit un total d'environ 5000 mains. Nous avons noté avec soin toutes les déviations latérales que nous avons rencontrées. Le tableau suivant, qui résume nos recherches, établit la fréquence de ces déviations.

POUCE		INDEX		MÉDIUS		ANNULAIRE		AURICULAIRE	
VARUS	VALGUS	VARUS	VALGUS	VARUS	VALGUS	VARUS	VALGUS	VARUS	VALGUS
4	6	15	»	4	6	»	»	14	»

Ces déviations se présentent donc par ordre de fréquence décroissante à l'index, à l'auriculaire, au pouce et au médus ; nous n'en avons jamais remarqué à l'annulaire. Il est à remarquer également que les déviations en *varus* se rencontrent plus souvent que celles en *valgus*.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE — VARIÉTÉS.

C'est exceptionnellement que l'on rencontre une déviation totale des doigts. Pour notre part, nous n'en avons aucune observation personnelle.

La déviation ne porte, dans la très grande généralité des cas, que sur les deux dernières phalanges ; mais il y a des différences suivant le doigt examiné.

C'est ainsi qu'au médus, c'est toujours la phalangette seule qui est déviée en *varus* ou en *valgus*.

Sur nos quinze cas d'index *varus*, douze fois les deux dernières phalanges étaient déviées, trois fois la phalangette seule.

Sur nos quatorze cas d'auriculaire *varus*, neuf fois les deux dernières phalanges étaient déviées et cinq fois la phalangette seule. Mais ici, par suite de la présence de l'annulaire qui forme attelle, il se produit une déformation secondaire de la phalange qui se porte du côté cubital, en *valgus* ; tout le doigt forme donc une courbe régulière.

Pour le pouce c'est toujours la phalangette seule qui est déviée.

BILATÉRALITÉ DES DÉVIATIONS.

Les déviations se rencontrent presque toujours aux deux mains, ainsi qu'on le verra par les observations que nous rapportons plus loin. Il faut faire une exception pour celles du pouce qui sont le plus souvent unilatérales.

Chose curieuse, on constate souvent, en concomitance avec les déviations des doigts, des déviations homologues

des orteils correspondants ; nous renvoyons aux observations où cette coïncidence a été notée plusieurs fois. C'est ainsi que dans le cas d'index *varus*, il y a un *varus* du deuxième orteil, que dans les cas d'auriculaire *valgus*, il y a un *varus* du cinquième orteil, etc. Mais en général les déviations des orteils sont moins accentuées que celles des doigts.

DEGRÉ DE DÉVIATION.

Le degré de déviation se détermine en mesurant l'angle formé par l'intersection de l'axe de la première phalange avec l'axe de la phalange déviée.

Le plus fort degré de déviation que nous avons rencontré est, dans un cas d'index *varus*, 130°.

Les déviations du médus et de l'auriculaire sont toujours peu accentuées.

DÉFORMATIONS DES OS.

D'après les radiographies d'index *varus* que nous avons fait faire et le squelette d'une main présentant cette même difformité, nous pouvons étudier les déformations que subissent les phalanges.

Le corps de l'os ne subit, en général, aucune déformation et on ne constate aucune courbure anormale. Il n'est pas atrophié. Dans quelques cas cependant, le corps de la phalangine est un peu diminué de longueur ; le doigt est donc un peu plus court que normalement. C'est ainsi que dans cinq cas d'index *varus*, la déviation étant réduite, l'extrémité du doigt arrivait à peine au niveau de l'extrémité supérieure de la phalangette du médus.

Les déformations portent essentiellement sur les extrémités articulaires des phalanges et plus particulièrement sur les extrémités inférieures.

Les condyles externes des extrémités inférieures de la phalange et de la phalangine sont comme atrophiés, ce qui fait que les plateaux des deux condyles externe et interne ne sont plus suivant un même plan horizontal. Les condyles internes ne sont cependant pas augmentés de volume, ou du moins de façon peu sensible.

Du côté des extrémités supérieures de la phalangine et de la phalangette, on constate une légère augmentation de volume de la portion externe.

Par suite de ces légères déformations, il se produit comme une sorte de subluxation et la région articulaire paraît augmentée de volume.

PARTIES MOLLES.

Il ne nous a pas été donné d'étudier par la dissection les modifications subies par les parties molles des doigts.

Au début les articulations sont très mobiles, le doigt peut subir des mouvements de latéralité assez accentués, et la déviation est facilement réductible. Ces mouvements de latéralité, qui n'existent pas sur les doigts normaux, diminuent au fur et à mesure que le sujet avance en âge et ne sont plus possibles lorsqu'il atteint trente ans.

Il ne nous paraît pas qu'à la naissance il y ait de grands troubles du côté des ligaments et des muscles. Cependant, à la suite de l'attitude vicieuse, il se produit secondairement des rétractions musculaires et ligamenteuses, qui fixent l'organe dans sa mauvaise position et empêchent toute réduction.

BOURSES SÉREUSES

Il est constant, dans les cas de déviations latérales des doigts, de voir se former, au voisinage des articulations, des bourses séreuses sous-cutanées anormales. Ces bourses séreuses sont produites par suite du frotte-

ment exercé sur le doigt voisin, ou par suite de pressions extérieures répétées. Elles sont très sujettes à s'enflammer et peuvent déterminer des accidents que nous étudierons plus loin.

III

ETIOLOGIE

L'hérédité joue un rôle très important dans l'étiologie des déviations latérales des doigts. On sait d'ailleurs, et c'est un fait d'observation courante, qui a été souvent étudié et dont la démonstration est aujourd'hui bien établie, que les déformations digitales sont essentiellement héréditaires et familiales. Je n'insisterai pas davantage sur ce point, qui est traité longuement dans tous les ouvrages de pathologie générale.

Les déviations latérales des doigts ne contredisent pas à cette règle et la confirment au contraire, de façon très nette, comme vont le montrer les quatre observations suivantes qui nous sont personnelles.

OBSERVATION I.

INDEX VARUS.

Famille Boud... demeurant à Tours, rue Legras. M. B., ouvrier maçon, a un index varus très prononcé de la main droite. La phalange forme avec la phalangine un angle de 135 degrés. L'index de la main gauche, amputé il y a dix ans, présentait, paraît-il, une déviation aussi accentuée. Les seconds orteils des deux pieds sont fortement déviés en varus.

De son mariage avec mademoiselle C. sont nés onze enfants, dont six sont actuellement vivants. Il nous a été donné d'examiner ces six enfants le 15 septembre 1905.

Hippolyte, 15 ans. Index varus à droite de 150°. Index varus à gauche de 150°, rien de bien net aux orteils.
 Louise, 14 ans. Pas de déviations appréciables.
 Emile, 11 ans. Index varus à droite de 170°
 — — Index varus à gauche de 170°, léger varus du 2° orteil à gauche.
 Joseph, 10 ans. Index varus à droite de 160°
 — — Index varus à gauche de 168°, rien aux orteils.
 Marie, 4 ans. Index varus à droite très léger.
 — — Index varus à gauche de 172°. Déviations légères aux deux orteils.
 Jeanne, née le 31 août 1905. Index varus à droite de 154°
 — — Index varus à gauche de 138°
 — — 2° orteil gauche, varus de 170°.
 — — 2° orteil droit, varus de 170°.

Sur les cinq enfants qui sont morts, deux, paraît-il, présentaient de très notables déviations latérales des index. L'un des deux, Gustave, mort à 18 mois, présentait à sa naissance deux index varus aussi accentués que ceux de la petite Jeanne et avait aussi les orteils en varus.

D'après les renseignements qui nous sont donnés, le père de M. B... et un de ses frères offraient aussi de beaux exemples d'index varus.

Voici donc une famille dans laquelle nous pouvons suivre la même déviation latérale de l'index pendant trois générations successives. Sur les 10 sujets porteurs de ces déviations, les difformités étaient bilatérales, et sur presque tous coïncidaient avec des déviations aux orteils.

OBSERVATION II

INDEX VARUS

Famille Rad... demeurant à Tours, rue Saint-Pierre-des Corps. M^{me} R. a à chaque main un index varus de 170°,

il n'y a pas de déviations aux seconds orteils. Son mari aujourd'hui décédé n'avait aucune déviation.

Trois enfants vivants ont tous trois la même difformité.

Jean,	17 ans.	Index varus droit de 172°
—	—	Index varus gauche de 165°.
Gabrielle,	15 ans.	Index varus droit de 170°
—	—	Index varus gauche de 163°
Marcel	8 ans.	Index varus droit de 175°
—	—	Index varus gauche de 162°

Rien à signaler aux orteils.

Dans ces quatre cas, les déviations comprenaient les deux dernières phalanges de chaque index,

OBSERVATION III

AURICULAIRE VARUS

Monsieur B....., à Tours, présente à chaque main une déviation latérale de l'auriculaire en varus. Le degré de la déviation est d'environ 165°. M. B. ignore si son père avait la même malformation, mais deux de ses oncles, encore vivants, ont également un varus assez accentué des deux auriculaires.

Dans ces trois cas la déviation latérale n'intéresse que la phalangette.

OBSERVATION IV.

AURICULAIRE VARUS

Famille J. R. à Loches. M^r. J. R. et deux de ses trois garçons présentent aux deux mains des déviations très nettes d'auriculaire varus. Le degré de ces déviations varie de 165° à 170°.

De ces quatre observations, et nous pourrions en signaler deux ou trois autres, il résulte manifestement que les déviations latérales des doigts sont héréditaires et familiales.

PATHOGÉNIE.

Quelle est la pathogénie de ces déviations digitales ? Faut-il en chercher la cause dans une lésion primitive des ligaments articulaires ou des muscles ? Rien ne nous autorise à le penser, car, à la naissance, nous avons reconnu la parfaite intégralité physiologique des muscles et des ligaments.

Faut-il accuser une mauvaise attitude de l'enfant pendant la vie intra-utérine ? La bilatéralité des déviations, la coïncidence de déviations aux mains et aux pieds, et surtout le caractère héréditaire et familial de cette malformation, nous font éloigner cette hypothèse.

Jusqu'à preuve du contraire, nous considérons les déviations latérales des doigts comme la conséquence d'une simple variation anatomique osseuse, consistant en un moindre développement des condyles, soit externes, soit internes, des extrémités inférieures des phalanges ou des phalangiennes. C'est une variation anatomique, dont la nature n'est pas différente de celle d'autres variations osseuses, comme par exemple les variations de formes du condyle du maxillaire inférieur (1). L'hypothèse d'une lésion musculaire ou ligamenteuse primitive n'est pas suffisante pour expliquer l'un et l'autre cas.

Ferons-nous de ces déviations latérales des doigts un caractère de dégénérescence ou un stigmate de criminalité ?

(1) Cf. le *Traité des variations des os de la face* par le professeur Ledouble, in *Gazette médicale du Centre*, n° du 15 février 1906, page 25.

Rien dans nos observations ne nous permet de le supposer. D'ailleurs, l'Ecole anatomique de Tours se refuse à admettre cette manière de voir, qui consiste à considérer les variations anatomiques comme étant un indice de criminalité ou de dégénérescence (1).

IV

COMPLICATIONS.

Les déviations latérales des doigts, lorsqu'elles sont peu prononcées, n'occasionnent aucune gêne fonctionnelle et il n'y a pas lieu de s'en préoccuper.

Mais l'index varus et les déviations du pouce, lorsqu'ils sont assez prononcés, sont une cause de petits inconvénients. C'est ainsi qu'ils peuvent être un obstacle, chez les jeunes filles, aux travaux de couture, par suite de l'impossibilité de tenir une aiguille. De même les porteurs de malformations éprouvent souvent des difficultés pour écrire. Certaines professions manuelles peuvent aussi être entravées.

Les doigts déviés sont assez souvent moins forts musculairement, que les doigts normaux, sans doute par suite d'un défaut d'exercice.

Mais la complication la plus sérieuse est certainement l'inflammation des bourses séreuses anormales, dont nous avons signalé la présence presque constante au niveau des articulations.

Ces bourses séreuses peuvent devenir très facilement le siège d'hygroma qui peuvent s'enflammer et suppurer ; la caractéristique de ces hygroma est leur répétition. Le danger qu'ils présentent consiste dans leur voisinage immédiat avec l'articulation.

OBSERVATION V

HYGROMA DANS UN CAS D'AURICULAIRE VARUS

Charles R. (voir observation IV), 41 ans, est porteur d'un auriculaire varus bilatéral. Au niveau des articulations de la phalangine avec la phalangette, existent des bourses séreuses.

A l'âge de 7 ans, cet enfant a eu un hygroma de la bourse séreuse de l'auriculaire droit. Une simple ponction fut suffisante pour évacuer le liquide ; six mois après un nouvel hygroma apparut dans la même bourse séreuse, et fut vidé par une ponction.

A l'âge de 10 ans, en février 1903, à la suite d'une chute assez violente sur la main gauche, un hygroma s'est déclaré dans la bourse séreuse de l'auriculaire gauche. Il a été évacué par ponction sans complication.

Depuis cette époque les deux régions articulaires sont douloureuses et les mouvements de latéralité provoquent une douleur aiguë.

OBSERVATION VI

HYGROMA DANS CAS DE POUCE VALGUS

Mademoiselle S. B., 8 ans, de Tours, a une déviation latérale du pouce gauche en valgus. Au niveau du bord externe de l'articulation de la phalange avec la phalangette, s'est développée une bourse séreuse. Cette bourse s'est déjà enflammée plusieurs fois, et l'articulation est douloureuse. Dans le courant de novembre 1905, elle est de nouveau devenue le siège d'un hygroma qui a suppuré et qui a été évacué par une légère incision.

OBSERVATION VII

HYGROMA DANS UN CAS D'INDEX VARUS

M. Boud. (cf. observation I), ouvrier maçon, a un index varus à la main droite. Il s'est développé chez lui trois bourses séreuses au niveau des articulations des doigts (deux au niveau de l'articulation de la phalange avec la phalangine, une au niveau de l'articulation de la phalangine avec la phalangette). Ces bourses ont été à diverses reprises le siège d'hygroma. Le dernier date d'octobre 1905 : il y eut une inflammation assez considérable de la bourse séreuse de l'articulation inférieure, avec formation de pus. On a dû faire une large incision. Il n'y a pas eu de complication articulaire.

IV

TRAITEMENT.

Un traitement ne s'impose que lorsque la déviation latérale est assez prononcée. Il n'y a pas lieu de traiter les déviations du médius et de l'annulaire, parce qu'elles sont en général peu accentuées et qu'elles ne provoquent aucune gêne fonctionnelle.

Il est par contre important de traiter le plus tôt possible les déviations de l'index et du pouce. Il suffit le plus souvent d'un traitement orthopédique le plus simple.

Voici la méthode que nous employons :

1° Dans une première période, il faut mobiliser l'articulation par des mouvements de latéralité ; faire des mouvements de réduction forcée en de courtes séances de 10 à 15 minutes, répétées tous les deux ou trois jours.

2° Au bout d'un mois environ, lorsqu'on est parvenu à réduire complètement la déviation, on applique un léger appareil. Nous pensons peu pratiquer l'emploi de tuteurs latéraux, en bois ou en métal, ou d'appareils plâtrés ; la pose de ces appareils est assez difficile et leur port douloureux.

Nous employons tout simplement une vulgaire plaque d'étain avec laquelle nous enveloppons entièrement le doigt dévié et, si c'est utile, le doigt voisin. On recouvre ce petit appareil d'un doigt de gant qui en assure le maintien.

Cette plaque d'étain a l'avantage de se modeler parfaitement sur le doigt et d'opposer une résistance suffisante pour le maintenir en bonne position.

3° La déviation étant corrigée, il faut pendant plusieurs mois continuer à porter ce léger appareil.

CONCLUSIONS

Les déviations latérales des doigts quoique peu fréquentes ne sont pas absolument rares.

Comme les autres déformations digitales congénitales, elles sont essentiellement héréditaires et familiales.

Elles se présentent par ordre de fréquence à l'index, à l'auriculaire, au pouce et au médius.

Elles paraissent causées par une simple variation anatomique portant sur les condyles de l'extrémité inférieure des phalanges.

Il se développe au niveau des articulations des phalanges des bourses séreuses anormales qui deviennent facilement le siège d'hygroma.

Les déviations de l'index et du pouce peuvent être la cause d'une réelle gêne fonctionnelle, à laquelle on peut facilement remédier par un traitement orthopédique.

Ce traitement orthopédique consiste simplement, après quelques séances de réduction forcée, dans le port d'un petit appareil en étain.

(1) Cf. LEDOUBLE. *Traité des variations des os du crâne*, passim.

LA MUSE MÉDICALE

SONNET A MON SINGE MORT DE TÉTANOS !

Sur ton corps pauvre singe, au souvenir si vif,
 Dans tes deux yeux éteints, comme ceux des statues
 Qu'on voit au champ des morts, de crêpe revêtues,
 J'ai subit le néant. Muet, triste, pensif

J'enviai ton génie à *Catulle* plaintif
 Dont la muse chanta quand *Lesbie* abattue
 Pleurait son passereau ! Maudit le Dieu qui tue
 Après avoir créé. Là-bas, sous un grand if

Je te ferai dormir ton sommeil de brute,
 Pauvre être disparu. Minute par minute
 J'avais en vain chauffé tes pieds pris de roideur

Et tes nerfs convulsés d'une brûlante fièvre.
 Le mal nous a vaincus ; mais un signe de lèvres
 Tout éclairé d'adieux effaçait ta hideur.

25 janvier 1906

D^r HENRY LA BONNE

SONNET A L'ARNON

RIVIÈRE DE L'INDRE

En un vrai jour d'automne assombri par l'orage
 Sur les bords de l'Arnon j'entrevis ce tableau :
 Le couchant empourprait les maisons du hameau,
 Le soir apparaissait donnant au paysage

Ses féeriques décors, irisant le feuillage
 Des vignes succombant sous le pesant fardeau
 Des lourds raisins vermeils. Cependant que sur l'eau
 Hirondelle légère ou merle au noir plumage

Ondulaient indécis. Près des joncs rubannant,
 Un vieux pêcheur de *Gouers* au sabot résonnant
 Appendait son filet à la branche d'un arbre.

Il chantait grave et lent un refrain du Berry.
 Ces visions calmaient mon cœur endolori,
 Tel sur un front brûlant le froid glacé du marbre.

D^r HENRY LA BONNE.

Société Médicale d'Indre-et-Loire

Séance du 3 février 1906

La séance est ouverte sous la présidence de M. DE
 GRAILLY.

Membres présents :

MM. BAILBY, RUTHON, TESTEVIN, CAILLET, STECEWICZ,
 TILLAYE, HÉRON, MOURRUAU, BARNEVELD, CHEVÉ,
 SABATHÉ, BISCONS, GODEAU, MOREAU, COSSE, BOU-
 REAU, ANDRÉ.

Le procès-verbal de la précédente séance est
 adopté avec les deux annotations suivantes :

1^o M. de Grailly, au sujet de l'observation de
 M. Lapeyre, a fait remarquer « que ce sont des ner-
 veuses qui continuent à souffrir de leur intestin
 même après ablation de l'appendice et qui ne pré-
 sentaient aucune infection des ovaires. »

2^o Le Président rappelle que des félicitations ont
 été votées par l'unanimité de l'Assemblée au Biblio-
 thécaire-archiviste M. Sabathé et que ces félicitations
 seront portées au procès-verbal de la dernière
 séance de décembre.

M. Cosse présente ensuite des radiographies de
 blessure des yeux par des grains de plomb, qui per-
 mettent de juger de l'importance du traumatisme et
 insiste sur la fréquence des accidents de chasse
 intéressant la vue.

L'Assemblée décide ensuite que le banquet aura
 lieu avec celui de l'Association médicale après
 entente des bureaux (Date provisoire 1^{er} samedi de
 mars).

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

Les Lettres de Gui Patin

NOUVELLE ÉDITION COLLATIONNÉE SUR LES MANUSCRITS AUTOGRAPHES, PUBLIÉE AVEC LA
 RESTAURATION DES TEXTES MUTILÉS OU SUPPRIMÉS, ET AUGMENTÉE DE NOMBREUSES
 LETTRES INÉDITES, DE NOTES BIOGRAPHIQUES, HISTORIQUES ET SCIENTIFIQUES, ET D'UNE
 HISTOIRE DE PATIN ET DE SON TEMPS,

Par P. TRIAIRE.

(Suite)

LETTRE CXXXII

A MONSIEUR BELIN, DOCTEUR EN MÉDECINE,
 A TROYES.

Monsieur,

Pour répondre à votre dernière, je vous dirai que j'ap-
 prends souvent des nouvelles de M. votre second fils, par
 le mien, auquel je demande souvent des nouvelles de sa
 classe. M. Courtaud, doyen de Montpellier, fit l'an passé
 une harangue publique, laquelle il a fait imprimer, quinze
 mois après ; en laquelle il tasche de refuter le plaidoyé de
 Messieurs Chenuot¹ et Talon, et l'Arrest aussi que nous
 eusmes l'an passé contre le Gazettier : vous aurez pitié de
 ce pauvre homme quand vous lirez cet escript : *opus est*
*senis delirantis*² : le gazettier ne m'a pas oublié dans les
 mémoires qu'il leur a envoyé de deçà, et M. Courtaud m'a
 fait l'honneur d'y faire allusion à mon nom en deux divers

1. Avocat célèbre du barreau de Paris, défenseur de la Faculté et
 de Patin.

2. Docteur de Montpellier reçu, en 1614, médecin par quartier de
 Louis XIII, médecin du Dauphin Louis XIV — grâce à la protection
 de son oncle, l'archiâtre Jean Héroard —, établi à Montpellier en 1620,
 doyen de la Faculté de médecine de cette ville en 1637, Siméon Cour-

endroits. Il y en a deçà qui tiennent cette pièce indigne de réponse : quelqu'un néanmoins taille sa plume pour cet effet : s'il s'en fait quelque chose, vous en aurez des premiers¹. En attendant, je vous prie si vous écrivez à Montpellier, de mander à M. votre frère, qui doit en partir bientôt, à ce que m'en a mandé M. Nissolle, docteur en médecine, qu'il en apporte quand il reviendra quand et soy quatre ou cinq exemplaires, afin que nous ne manquions pas de ce chef-d'œuvre. Si le libraire de Montpellier eut eu de l'esprit, il en eut envoyé à divers libraires de deçà et ainsi nous n'en eussions pas manqué. Si la thèse que vous avez de Basle, ne vous est fort chère, ou utile, vous m'obligerez de me l'envoyer.

Il n'y a icy rien de nouveau contre les Jésuites. Nous avons aujourd'hui enterré un de nos compagnons, nommé M. de St-Jacques l'aîné, petit homme, âgé de 54 ans : il y en a encore deux ou trois autres bien malades ; et entre autres M. Cousinot, premier médecin du Roy. Il nous est icy venu une mauvaise nouvelle ; que les Espagnols, sans presque coup ferir, se sont rendus maîtres du fort de Mardic, pour lequel prendre on a fait tant de dépenses l'esté passé². On vend icy dix pièce, en blanc, le livre de M. de Saumaise, *de primatu Papæ* au commencement duquel, y a une grande et longue préface contre le P. Petau, qui escript de présent pour faire réponse à ce livre. Je vous prie de me conserver en vos bonnes grâces, et de croire que je seray toute ma vie,

Monsieur,

Vostre très humble et très obéissant serviteur.

PATIN.

De Paris, ce 9 de Décembre 1643.

taud est surtout connu de l'histoire par son intervention dans la querelle de la Faculté de médecine de Paris avec Renaudot. En sa qualité de doyen de la vieille Université méridionale, il se crut obligé de prendre publiquement parti pour les médecins de cette Faculté impliqués dans l'affaire (1644) et il le fit en termes grossiers et violents qui ont révolté jusqu'à Astruc, l'historien officiel de la Faculté de Montpellier. On ne peut être surpris, étant donné le caractère et l'état d'esprit de l'irascible Patin, du dédaigneux et outrageant propos qu'il laisse tomber de sa plume : *Opus est senis delirantis*.

2. L'écrivain qui taille sa plume pour répondre à Courtaud est Riolan qui, dès ce moment, préparait ses *Curieuses recherches sur les Escholes de Paris et de Montpellier* publiés en 1651.

3. Les Français après leur brillante campagne des Flandres, maîtres d'une grande partie de ces provinces, ne surent pas conserver toutes leurs conquêtes. Ils perdirent Cassel et le gouverneur espagnol de Dunckerque apprenant que le fort de Mardic était gardé avec négligence, le fit attaquer par un corps d'armée espagnol qui le surprit dans la nuit du 3 au 4 décembre et fit prisonnière toute la garnison française.

LETTRE CXXXIII

A MONSIEUR BELIN, DOCTEUR EN MÉDECINE

▲ TROYES

Monsieur,

Je vous écrivis il y a environ huit jours, une lettre que je pensois vous envoyer par M. votre fils, et l'avois donnée à mon fils le Logicien, afin qu'il la luy délivrât en classe pour l'enfermer avec les siennes : mais je l'ay reprise de mon fils, qui m'a rapporté que depuis 8. jours son compagnon ne va pas en classe : je ne sçay s'il est malade, ou autrement : mais s'il est malade, il me devoit avoir mandé, et n'aurois pas manqué de le visiter : j'ay peur qu'il n'ait quelque désordre de son fait ou quelque desbauche : néanmoins je m'en enquerray dès demain. Il y a plus de six semaines que je ne l'ay point vu : et mesmes, je ne l'ay vu qu'une fois depuis la S^r Remy : ce que j'ai dissimulé doucement, en attendant que je le pûsse voir : mais je me tiens obligé de vous en donner avis, puisqu'il perd ses leçons. Je recevray votre thèse de bon cœur puisque vous le voulez : j'entends celle de Basle : et en récompense, je vous en enverray une belle de deçà, et fort bien faite, qui est contre l'Antimoine : avec quelque autre chose qui est sur le bureau, lorsqu'il sera achevé ; avec nostre arrest contre le Gazettier, et les deux harangues de M. de la Vigne. Je pense que le libelle de Montpellier³ nous obligera de rimprimer cet Arrest, et ces harangues : et autre chose qui viendra ensuite⁴. *Miserandum scripsit bellum super ea controversia Decanus ille Curtantius si in curandis ægris nil plus videt, væ miseris*.

Vous sçavez bien que les Espagnols ont repris sur nous en deux heures le fort de Mardic. Nous somme mal avec Rome, où persécute le cardinal Antonio, que nous avons pris en nostre protection⁵. On parle icy de censurer le livre de M. de Saumaise, *de primatu papæ* : et je pense bien qu'on en viendra là. Le 7 de ce mois, est icy mort M. de S^r

1. Le discours de Courtaud Cf. note : *Lettre précédente*.

2. La réponse que préparait Riolan.

3. Le cardinal Barberini (Antonio), connu sous le nom du Cardinal Antoine, neveu du pape Urbain VIII. Né en 1608, mort en Italie en 1671. Pensionné par la France, il avait été disgracié par Mazarin pour son attitude contraire aux intérêts français pendant le conclave qui élit pape, le 16 septembre 1644, le cardinal Pamphilio (Innocent X). Persécuté par le nouveau pape, dépouillé par lui de ses charges et ses biens mis sous le séquestre, le cardinal Antonio Barberini chercha à se remettre en grâce auprès du gouvernement français. Il entra dans la politique de Mazarin qui avait des griefs contre la cour de Rome, d'oublier, dans cette circonstance ses rancunes et de le recevoir à résipiscence. Le cardinal Antonio quitta Rome et vint s'installer en France avec sa famille. On le fit successivement grand Aumônier de France, évêque de Poitiers et archevêque-duc de Reims en 1657.

Jacques l'aisné : qui a fait un miracle avant que de nous quitter ; étant mort sans reprendre l'esprit qu'il avoit perdu six mois devant. Je vous baise les mains, et à Madame votre femme, et suis,

Monsieur,

Votre très humble et très obéissant serviteur.

PATIN.

De Paris, ce 16 de décembre 1645.

LETTRE CXXXIV

A MONSIEUR BELIN, DOCTEUR EN MÉDECINE,
A TROYES.

Monsieur,

Je vous remercie de votre these de Basle, et en contreschange, vous envoie deux de nos arrests, avec les harangues de M. de la Vigne : on n'en trouve plus de fin papier, il se faut passer à celui qui nous reste. On le rimprimera quelque jour, en plus beau papier ; peut estre que M. Courtaut nous en donnera occasion. Pour moy, je ne feray rien contre luy ; ce que j'ay lû de son livre m'a fait plus de pitié que d'envie. Si je luy avois respondu, il croiroit l'avoir mérité ; *de quo longe aliter sentio*. Il m'a fait honneur d'y parler de moy : j'ay seulement regret d'y estre placé dans et parmy tant de mauvais latin. Le mesme M. Courtaut a fait aussi imprimer à Montpellier, une harangue en l'honneur de feu M. Ranchin, intitulé *Ranchinographia*. Je vous prie de mander à M. votre frère qu'il en apporte une couple, dont je vous en demande une.

Le clergé qui est icy assemblé, se dispose de faire quelque chose contre le livre de M. de Saumaise : si la censures'en imprime, je vous en feray part : il eschappera belle, s'il n'est brûlé comme un beau petit fagot de bois sec, ou tout au moins déclaré brulable. Je ne sçay encore personne qui ait entrepris d'y respondre ; si quelqu'un s'en mêle, je voudrois que ce fut le P. Petau ; veu qu'ils se connoissent déjà tous deux de longue main. Je vous envoie une these contre l'Antimoine, laquelle n'est pas mal faite. M. de Nets, Evesque d'Orléans, et docteur de Sorbonne, est icy mort depuis 3 jours, d'une suppression de goute : le docteur Cassaubon appelle cela *divergium seri podagrici*. Louis Duret a dit de cela sur Houllier¹, en parlant au mareschal de Bris-

sac : *Quand vous avez la goutte, vous estes à plaindre, Quand vous ne l'avez point, vous estes à craindre.*

Avec la these de l'Antimoine, vous en trouverez une de *hydrope*, laquelle est aussi bien faite qu'elle est vraye. M. vostre fils continue de ne pas aller en classe : vous y donnerez tel ordre qu'il vous plaira. Je vous souhaite bon an, à Madame Belin, et à tous nos amis de delà, et suis,

Monsieur,

Votre très humble et obéissant serviteur.

PATIN.

De Paris, ce 2 de janvier 1646.

(A suivre.)

ANALYSES

La Criminalité Infantile. par le D^r Emile LAURENT, 1 vol. in-18, 1906, 2 fr. 50. — MALOINE, éditeur, 25, rue de l'Ecole de Médecine.

Le Docteur E. LAURENT, qui depuis plus de 15 ans est médecin inspecteur des écoles à Paris, a pu observer facilement de très près un grand nombre d'enfants " l'enfant naît méchant ; mais s'il n'apporte pas avec lui une tare ancestrale, son âme est une cire molle et malléable que pourra facilement façonner l'éducation. Et, c'est justement parce que son âme est malléable qu'elle peut être aisément entraînée sur le chemin du vice et du crime", mais il doit y avoir un remède et c'est ce que le Docteur LAURENT recherche.

Il étudie d'abord l'âme de l'enfant, ses antécédents héréditaires qui peuvent la modifier, l'influence de l'éducation qui est souvent l'éducation au mal et au vice.

Les enfants, menteurs, vagabonds, fumeurs, buveurs, érotiques, violents, les souteneurs précoces, les voleurs, les dégénérés, etc... sont étudiés séparément dans des chapitres spéciaux avec de nombreux faits et des observations des plus intéressantes.

Louis Duret qui rédigea « le Traité des maladies d'Houllier » mis au jour, après sa mort, par René Chartier, le laborieux éditeur de Hippocrate et de Galien. Mourut en 1562, a laissé de nombreux ouvrages qui furent publiés après sa mort.

1. Brissac (Charles de Cossé comte de), dit le maréchal de Brissac né en 1505, mort en 1564. Un des plus grands capitaines du siècle, mourut en effet de la goutte le 31 décembre 1569.

1. En marge de la lettre, de la main de Patin : « Il n'est point mort, la nouvelle est fausse ».

2. Houllier (Jacques), d'Estampes, doyen de la Faculté en 1546-47. Un des plus habiles praticiens du xvi^e siècle. Fut le maître de

NOUVELLES

DÉCORATIONS

Nous relevons parmi la liste des nouveaux décorés les noms de plusieurs des amis de la *Gazette Médicale du Centre*.

Notre excellent confrère le Docteur Héron, promu officier de l'Instruction publique, reçoit la récompense de toute une vie passée au service des pauvres soit à l'Hospice général de Tours, où, comme médecin-chef, il assura longtemps les services des vieillards et de la Crèche, soit dans sa clientèle privée. On sait le rôle qu'il a joué lors des fêtes du centenaire de la Société Médicale d'Indre-et-Loire qu'il présidait alors et l'esprit nouveau qu'il a su lui insuffler, la réveillant d'un profond sommeil.

M. le Docteur de Grailly lutte depuis de longues années pour répandre à Vouvray les principes de l'hygiène moderne, et plus particulièrement de l'hygiène de l'enfance. Nous saluons avec plaisir sa nomination comme officier d'Académie, au moment surtout où, porté, par la sympathie de ses collègues, à la tête de la Société médicale d'Indre-et-Loire, il va pendant un an présider aux destinées de notre Société locale.

M. le Docteur Mattrais, l'excellent maire et conseiller général de Chinon, est promu lui aussi au grade supérieur. Nous n'oublions pas la grande part qu'il a prise au mouvement tendant à développer, dans sa région, les idées de mutualité et d'assistance et surtout l'aide qu'il apporte au Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

Nous n'oublierons pas non plus M. Henri Tourlet, ancien pharmacien, l'historien de Chinon, que ses travaux très importants sur la flore tourangelles ont placé au premier rang parmi les botanistes modernes ; c'est aussi un historien de la Médecine ; à ce double titre nous sommes très heureux de le féliciter de sa nouvelle promotion au grade d'officier de l'Instruction publique.

L. D. C.

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

CONGRÈS

SUR L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Le Docteur YSAMBERT, 97, rue de l'Alma, serait très reconnaissant aux confrères de Tours et du département d'Indre-et-Loire qui voudraient bien lui communiquer, en vue du prochain Congrès sur l'Exercice illégal de la Médecine (Paris-Avril 1906), toutes les observations qu'ils connaissent concernant les rebouteurs, masseurs, magnétiseurs, sorciers, herboristes, bandagistes, somnambules, etc., etc... qui exercent illégalement la médecine à Tours et dans le département, ainsi que les jugements prononcés depuis quelques années contre quelques-uns de ces empiriques.

CLIENTÈLE de SAGE-FEMME A CÉDER

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

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

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

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

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

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

Le Gérant, Ch. SUPPLIGEON.

Tours, imp. Tourangelles.