

## NÉCROLOGIE

Une douloureuse nouvelle nous surprenait au moment même où allait paraître ce numéro du journal. L'un des fondateurs de la *Gazette Médicale de Centre* le Dr Labit, depuis longtemps atteint par la maladie, allait mourir.

Notre jeune confrère est mort en effet à Châtellerault, entouré de l'affection de tous les siens, laissant après lui, près de tous ceux qui l'avaient connu, le souvenir d'une âme d'élite prête à tous les sacrifices, à tous les renoncements.

En très peu de temps, à Tours, Labit s'était fait une situation appréciée de Lar yngologiste; son affabilité, son habileté de praticien exercé lui avaient créé une clientèle choisie. Ses confrères, toujours heureux de s'adresser à lui pour un cas spécial, se louaient en outre de ses qualités de parfaite urbanité et de délicatesse.

A ce journal il avait apporté l'appui de la première heure et une collaboration que la maladie seule a arrêtée dans son essor; nous portons ici doublement son deuil, car il a été deux fois notre collègue.

Et c'est avec une profonde tristesse que nous adressons l'adieu de la dernière séparation au confrère si jeune que tout marquait pour une vie heureuse et que la maladie puis la mort sont venues frapper en pleine conscience de son état.

Parmi nous du moins ses collaborateurs, parmi tous nos confrères qui l'ont connu, sa mémoire ne périra pas.

Il emporte avec lui l'estime et l'amitié de tous.

## LES SUTURES SANS FILS PERDUS. SUTURE EN 8 DE CHIFFRE DU Dr SEGOND, MODIFIÉE

Par le Dr L. LAPEYRE

S'il est une question qui paraît d'actualité, c'est bien celle des sutures sans fils perdus à en juger par les nombreuses communications faites au congrès de 1900 et les articles de journaux publiés un peu partout par les inventeurs de techniques diverses qu'ils jugent neuves et perfectionnées.

Au hasard d'une courte recherche, je trouve en effet à citer les travaux suivants, tous inspirés des mêmes intentions, tendant au même but : la suppression des fils perdus.

Duplay et Cazin, *Arch. gén. Médecine*, 89 Congrès français Chirurgie, 1897. — Faure, Congrès Chirurgie 1897 et Soc. Chirurgie 1898. — Jonnesco, Congrès chirurgie 1897. — Presse médicale, Congrès de 1900. Lapeyre, *Revue médicale*, 21 septembre 1896. — *Gazette du Centre*, mars et octobre 1898. — Stoyanov, *Presse médicale*, juillet 1899. — Lamotte, *Clin. Hop.*, 1895. — Gauthier (Luxeuil), *Bull. soc. chirurgie*, 1899, etc., etc.

Toutes ces tentatives reconnaissent bien certainement une cause unique, indice d'une louable préoccupation : celle de perfectionner encore notre *modus faciendi* et de supprimer radicalement les quelques échecs de réunion qui s'observent encore et dont nos fils sont accusés.

Le mouvement, pour être plus accentué peut-être que jamais, n'est pas nouveau et, sans rechercher les procédés anciens, il paraît juste de reconnaître que certains chirurgiens ont toujours, dans leur pratique, réduit l'emploi des fils perdus et qu'enfin les tentatives actuelles procèdent très vraisemblablement du succès relatif obtenu par le procédé ingénieux proposé pour exécuter le Bassini dans les hernies par Cazin et Duplay.

Moi-même, à la suite du Dr Faure, ai pris part au mouvement actuel en signalant le ligament rond comme un lacet naturel se suffisant à lui-même pour sa fixation et son raccourcissement dans l'Alquié-Alexander et permettant en toute sécurité pour l'avenir de la réunion la reconstitution du trajet inguinal dans la cure radicale de la hernie de la femme.

Six opérations d'Alexander et trois cures radicales ont été pratiquées par moi avec plein succès depuis.

De nouveau entraîné par l'exemple, je viens récidiver aujourd'hui en proposant une modification à une technique employée par le Dr Segond pour la reconstitution de la paroi abdominale avec des fils temporaires en 8 de chiffre.

Je me hâte pourtant de bien déclarer que je n'attache pas une importance exagérée à la suppression des fils perdus dans une paroi.

Justes pour la soie qui s'élimine tardivement après une réunion primitive parfaite, les critiques adressées aux fils profonds ne peuvent concerner le catgut. Le catgut ne s'élimine que s'il y a eu infection de la plaie par le chirurgien et comme le dit

M. Quénu (1) : « en pareille circonstance le fil n'est que le témoin du degré d'asepsie du service ». Le véritable criterium du niveau aseptique d'un service est la tolérance des tissus pour les fils. Si on a tendance à incriminer les fils, c'est parce que la suppuration s'observe autour d'eux, or en fait un fil qui a été soumis dans l'autoclave à 137°, avec tube témoin, ne peut pas ne pas être stérilisé. Si bien qu'avec un peu d'humour on pourrait traiter le fil perdu de fil protecteur chargé de répéter au chirurgien le « caveat » salutaire.

Sans aller jusque-là, j'estime qu'il n'y a d'intérêt à supprimer tout fil profond qu'autant que l'affrontement parfait et rigoureux des divers étages n'en souffre pas et qu'on ne substitue pas un inconvénient certain à un danger presque chimérique. Ces conditions sont, je crois, remplies dans l'Alexander et la cure radicale de la hernie inguinale de la femme où il est possible d'utiliser une suture vivante suffisamment résistante et de fermer totalement le canal inguinal.

Dans une laparatomie médiane, je doute qu'il soit possible de remplacer la suture à 3 étages avec catgut perdu, soit par l'emploi de lanières aponévrotiques, soit par sutures temporaires, en assurant une solidité égale à la paroi.

Néanmoins il n'est pas douteux que la seule suture en masse, pratiquée encore par bien des laparatomistes et en particulier par mon maître le Dr Delbet, au fil d'argent donne entre des mains exercées d'excellents résultats.

Elle est certainement préférable lorsque, chez un malade en état de shock, il importe de finir vite pour éviter un insuccès.

Et si la suture en masse sur un seul plan est utilisable et même indiquée dans certaines conditions, les procédés plus ingénieux de reconstitution de la paroi avec fils temporaires sont certainement légitimes et intéressants (2).

Dans un excellent travail, M. Dartigues expose les techniques imaginées par Lambotte, Jonnesco, l'emploi du point de la machine à coudre préconisé par Gauthier de Luxeuil et Stoyanov et conclut que tout ingénieux que soient ces procédés, ils ne peuvent obtenir, comme ils le prétendent, la reconstitution par étage de la paroi mieux que la suture en masse et ont sur elle le désavantage d'une perte de temps égale à celle de la suture à 3 étages avec surjet.

A ce titre de simplicité très grande, Dartigues donne l'avantage au procédé aussi rapide que la suture en masse ou 8 de chiffre utilisé par Segond depuis longtemps et repris récemment par Lambotte.

Segond fait décrire à chaque fil un 8 de chiffre vertical disposé de telle sorte que l'anse inférieure traverse de dedans en dehors péritoine et couche musculaire puis les fils sont croisés pour venir sortir à travers la lèvre opposée de la plaie cutanée.

Ainsi se trouvent à peu près remplies les conditions d'une suture à 2 étages, l'une péritonéo-musculaire, l'autre cutanée avec un seul fil qui suture en masse la paroi. Je trouve le procédé excellent par sa simplicité qui tranche heureusement sur les complications des autres sutures à fils temporaires, mais je proposerai une modification qui me semble pouvoir l'améliorer sans le compliquer.

« Prendre un peu de péritoine, beaucoup de muscles, peu de peau. » Telle est la formule donnée par le Dr Monod et acceptée partout d'une bonne suture en masse.

Or le croisement des fils en rend l'application rigoureuse impossible dans la technique du Dr Segond ; la tranche péritonéale et la tranche musculaire sous peine d'éversement ou de non affrontement doivent être piquées à distance presque égale.

Pour éviter cet inconvénient, je propose de prendre séparément avec le fil d'abord le péritoine, puis de croiser une première fois les deux chefs avant de traverser le 2<sup>e</sup> plan, plan musculoaponévrotique.

On réalise ainsi au lieu du 8 de chiffre simple de Segond un double 8 de chiffre vertical.

Ce double croisement en 8 de chiffre me paraît aussi facile à exécuter et en outre préférable en ce que :

1<sup>o</sup> Il permet de réaliser les desiderata de la suture en masse ; c'est-à-dire de prendre peu de péritoine, beaucoup de muscles, peu de peau.

2<sup>o</sup> Il refait non plus 2 mais 3 étages avec le même fil, ce qui est une reconstitution plus normale et plus complète de la paroi.

Il est très rapide de faire décrire à chaque fil non plus une mais deux spires verticalement superposées, d'entre-croiser les fils une première fois entre le péritoine et le muscle, une deuxième fois entre le muscle et la peau, piquant isolément chaque plan.

Dès lors l'affrontement se fait sur trois étages et se fait plus exact, car le premier croisement permet de traverser à des distances différentes de la suture le péritoine et le fil droit.

La simplicité et la rapidité du procédé l'égale aux sutures en masse dont il se trouve remplir les indications toutes les fois qu'il y a urgence de finir vite.

L'affrontement aussi parfait que possible avec un seul et même fil soutient sans trop de désavantages pour une laparotomie à petite incision la comparaison avec l'affrontement de la reconstitution méthodique sur 3 plans avec double surjet au catgut perdu.

Le Dr Segond emploie la soie, de bons crins de Florence un peu longs remplissent encore mieux les conditions de fils pouvant être laissés dix à douze jours en place sans inconvénient, et c'est au crin que je donnerai la préférence.

#### APPENDICITE. — ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUE ET PLEURÉSIE PURULENTE DROITE. — MORT. — NÉCROPSIE.

Communication faite le 24 Mars à la Société Médicale d'Indre-et-Loire  
Par le Dr LAPEYRE

L'observation suivante venait d'être lue à la Société médicale d'Indre-et-Loire dans sa séance du 24 mars

(1) Quénu. In Bulletin soc. chirurgie.

(2) Dartigues. Etude sur les sutures autoplastiques et sur les sutures à fils temporaires. Rev. chirurgie et gynécologie abdominale, juillet-août, 1900.



1900, quand M. le professeur Dieulafoy complétant la belle série de ses travaux sur l'appendicite, communiquait à l'Académie de médecine, à propos d'une observation probante, un important mémoire sur la pleurésie appendiculaire.

Très vite, je me procurais ce travail et constatais tout d'abord que l'observation du professeur Dieulafoy était de tous points identique à celle que j'ai recueillie moi-même, et que la description magistrale, tracée par l'éminent professeur, de la pleurésie appendiculaire, s'appliquait trait pour trait au fait dont j'avais été le témoin. En publiant cette observation je n'ai donc point la prétention de rien ajouter à ce qui a été si bien dit par un maître, mais seulement d'ajouter un fait à ceux malgré tout encore peu nombreux enregistrés par la science, et dont M. Dieulafoy donne la nomenclature presque complète.

La fin malheureuse de mon malade apporte, du reste, un nouvel argument à l'opinion si brillamment défendue par lui et résumée en ces lignes élégantes :

« Le vrai traitement est le traitement prophylactique qui consiste à enlever le foyer appendiculaire dès l'apparition de l'appendicite, c'est la seule thérapeutique sage et rationnelle, celle qui met à l'abri des dangers et des complications sans nombre de l'appendicite. »

Victor V... âgé de 33 ans, pâtissier, entre salle 10<sup>ter</sup>, lit n° 31, le 2 mars au soir, venant du service de clinique médicale dans lequel il a été amené le 27 février.

**Antécédents héréditaires :** Père alcoolique. Mère morte de pneumonie.

**Antécédents personnels :** Rougeole à 4 ans. Scarlatine à 15 ans. Fièvre typhoïde à 20 ans.

Depuis deux ans, le malade a eu trois crises appendiculaires.

Il a été nettement pris d'une nouvelle crise : Douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements, etc. le 21 février.

A son entrée dans le service du Dr Bodin, le 27 février, son état est le suivant : Facies altéré. Douleurs étendues à toute la région droite de l'abdomen. Constipation absolue. Dyspnée accentuée. Toux légère passant inaperçue. Pas de vomissements. Fièvre autour de 38°. Pouls à 120°.

L'examen reconnaît nettement un empâtement étendu dans la fosse iliaque droite se propageant en haut vers l'hypochondre.

Le diagnostic appendicite est porté, le Dr Bodin prescrit glace sur le ventre et opium, et ordonne le passage du malade en chirurgie.

A son entrée, le 2 mars, je note les particularités suivantes :

Facies très mauvais. Dyspnée accusée. Respiration superficielle. Pouls 120 et plus. Le ventre est tout entier météorisé, mais l'examen reconnaît une zone d'induration, partant de la fosse iliaque, envahissant tout le flanc et l'hypochondre droite et dépassant la ligne médiane jusqu'à la hauteur de l'ombilic.

La douleur est très vive dans toute cette zone, particulièrement au point de Mac Burney, *mais maxima* très nettement au niveau de l'hypochondre.

Je diagnostique une péritonite appendiculaire très étendue et mal localisée et augurant mal d'une intervention immédiate, j'espère qu'une détente possible rendra à l'opération plus de chances de succès.

Du 3 au 4, une certaine amélioration de symptômes péritonéaux se produit, l'état général reste le même, la fièvre s'élève à 38,5 le soir, le pouls reste à 180.

Du 4 au 11, la température s'abaisse, l'empâtement diminue. L'intervention est décidée pour un des jours suivants.

Brusquement le 11, recrudescence des symptômes ; le ventre se météorise d'une façon considérable, la dyspnée devient extrême. Le moindre mouvement arrache au malade des cris de douleur. La face grippée est couverte de sueur. Un peu de toux.

La mort survient le lendemain 12.

#### AUTOPSIE

Un peu de péritonite généralisée à l'ouverture du ventre. Anses intestinales météorisées et vascularisées.

Une certaine quantité de sérosité s'écoule. Les anses intestinales sont unies entre elles par des adhérences dans toute la zone droite de l'abdomen ; les adhérences sont intimes dans la fosse iliaque droite et le flanc droit. Là la fusion est complète entre le cœcum, le colon ascendant de la paroi abdominale. Une nappe de pus infiltre ces adhérences rétrocaecales et rétrocoliques que le couteau a peine à détacher et que l'on suit d'une façon continue jusqu'au foie. Là la nappe de pus prend brusquement une extension considérable, abaisse le foie, qui déborde les fausses côtes de trois travers de doigt, et repousse le diaphragme au niveau du mamelon.

L'abcès sous-phrénique ainsi constitué contient environ 1 litre et demi de pus non putride, non mélangé de gaz, se prolonge très loin en arrière au-dessus du lobe de Spiegel complètement repoussé en bas.

Nulle part je ne constate de perforation du diaphragme et cependant en ouvrant le thorax je constate un épanchement pleural extrêmement abondant, 2 litres environ. Le poumon droit, refoulé par l'épanchement, n'est plus qu'une masse informe : sa coupe offre un aspect carné. Il n'y a ni adhérence du poumon, ni abcès du parenchyme.

Le liquide n'est pas putride ni mélangé de gaz, la force interne de la plèvre très altérée. Nulle part non plus il n'est possible de constater de perforation du diaphragme. Rien dans la plèvre gauche.

Jusqu'ici, je n'ai pas parlé de l'appendice ; en effet, pour le trouver, il fallait le chercher et ses lésions peu accentuées étaient masquées par les autres lésions bien plus graves que je viens de décrire.

Très long, 10 centimètres, l'appendice est situé en dedans, légèrement ascendant, il adhère par sa pointe à une anse d'intestin grêle et est entouré par de l'épiploon qui vient y adhérer.

Il est non perforé, sa cavité partout libre ne contient ni pus, ni liquide stercoral. La muqueuse est épaissie, malade, chroniquement inflammée, les attaques antérieures ont laissé leur traces.

Les lésions appendiculaires sont donc très légères, leur réalité et leur importance sont cependant soulignées, par la présence de ganglions dans le méso-appendice et jusque dans le mésentère. Deux de ces ganglions volumineux sont suppurés.

Rien à dire des autres viscères si ce n'est que le foie est gras et surtout altéré dans son lobe gauche très aminci.

Cette observation, et de par la clinique et surtout de par les lésions constatées à l'autopsie, rentre indubitablement dans le cadre des appendicites avec complications sous-phréniques, puis pleurales.

Il y a continuité du foyer juxta-appendiculaire avec le foyer sous-hépatique, la propagation est ininterrompue selon la modalité habituelle telle qu'en font foi les observations publiées dans la thèse de Picard, le mémoire de M. le professeur Dieulafoy.

La propagation de l'infection appendiculaire s'est faite au péritoine pariétal par l'intermédiaire des adhérences contractées avec la fosse iliaque.

Là le foyer purulent s'est développé au milieu des fausses membranes et des adhérences pour se continuer directement en arrière du cœcum et du colon, puis en arrière et au-dessus du foie sous le diaphragme.

Enfin l'appendice avait une direction ascendante suivant la loi formulée par M. Dieulafoy.

Il est particulièrement intéressant d'insister sur le contraste des lésions non suppurées de l'appendice avec les énormes suppurations à distance qui pouvaient en dériver.

L'appendicite elle-même avait évolué vers la guérison alors que la suppuration frappait les ganglions du méso-appendice et gagnait au loin, ce qui cadre bien avec l'opinion soutenue par M. Dieulafoy, que le foyer appendiculaire est dès l'origine, quelle que soit sa gravité apparente, un danger redoutable pour l'économie tout entière.

Quoiqu'il en soit, la pleurésie purulente n'est dans ce fait que l'aboutissant ultime du *processus ininterrompu* de suppuration de la région appendiculaire sur le diaphragme.

L'abcès sous-phrénique a précédé la pleurésie, évacué à temps il l'eut peut-être conjurée. Or, dans tous les faits cités par M. Dieulafoy, dans ceux encore de Jalaquier, de Spillmann, etc., l'abcès sous-phrénique est la localisation première.

L'infection paraît toujours, exception faite pour certains cas de pyohémie appendiculaire, se propager par *continuité ininterrompue*.

En effet, tous les faits cités de pleurésie sont des faits de pleurésie droite, tous étant accompagnés d'abcès sous-phréniques, et, par contre, l'abcès sous-phrénique très fréquent à la suite de l'appendicite (25 cas sur 179, Mayde) est souvent isolé.

Dès lors, puisque la localisation sous-diaphragma-

tique est constant, la pleurésie, seulement l'aboutissant ultime, il me semble plus logique et plus chirurgicalement utile de laisser la première place à l'abcès sous-phrénique.

J'estime que s'il est intéressant de montrer qu'il est des pleurésies purulentes engendrées par l'appendicite, notion neuve et quasi étonnante, il est plus important encore d'appeler l'attention sur la détermination seule constante de la complication, c'est-à-dire l'abcès sous-hépatique.

Ce qu'il est le plus important de diagnostiquer, ce n'est pas la pleurésie, car alors il est bien tard pour sauver le malade, c'est le foyer sous-diaphragmatique dès son apparition avant la propagation à la plèvre.

Dans le fait que j'ai observé, un symptôme m'a paru particulièrement frappant et avait pour le diagnostic une importance cardinale.

C'est la douleur atroce maxima, au niveau de l'hypochondre droit, douleur succédant au point de de Mac Burney et prenant d'emblée le premier plan.

Ce symptôme est bien signalé par M. Dieulafoy, mais peut-être sans assez y insister, à mon sens il doit avoir la même importance dans le diagnostic de la complication sous-phrénique que le signe de Mac Burney dans le diagnostic de l'appendicite.

Au résumé, je conclurai en appuyant sur certains des points qu'a déjà mis en lumière M. Dieulafoy :

1° L'abcès sous-phrénique est une complication relativement fréquente de l'appendicite. Une pleurésie droite peut lui succéder ;

2° La pleurésie isolée n'existe probablement pas en dehors de certains faits très rares de pyohémie ;

3° Le mode de propagation paraît être toujours le même (*par continuité ininterrompue*) ;

4° L'abcès sous-phrénique apparaît suivant deux modalités cliniques distinctes : 1° au cours même de l'attaque appendiculaire dès le 3° ou 4° jour ; 2° un peu plus tard après rémission du premier accident ;

5° Le diagnostic est très difficile dans le premier cas ; la douleur atroce au niveau de l'hypochondre paraît être le symptôme cardinal ;

6° A défaut de l'intervention précoce supprimant le foyer causal, l'opération doit être aussi rapide que possible pour parer à la complication pleurale en donnant issue dès sa formation à la collection sous-phrénique.

## TRAITEMENT DU STRABISME

Par le Docteur F. COSSE (de Tours).

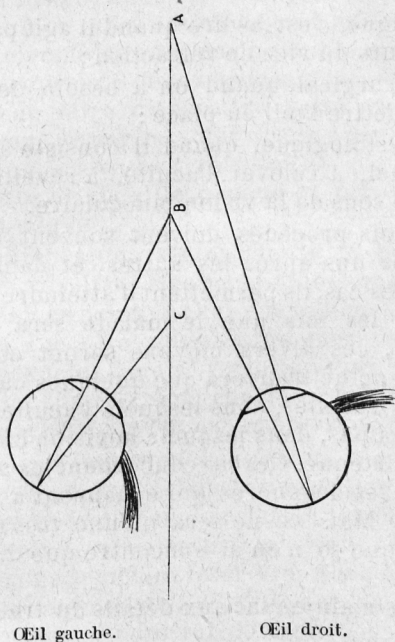
En publiant dans la Gazette médicale du Centre cette contribution à la thérapeutique du strabisme, je me propose surtout de faire ressortir aux yeux de tous mes confrères la rigueur scientifique des procédés aujourd'hui utilisés ainsi que la facilité avec laquelle on arrive au résultat. Il faut avouer, en effet, que bien des confrères n'ont pas une confiance très grande dans la cure du strabisme qui pour eux est le plus souvent inutile, persuadés qu'ils sont d'une



récidive plus ou moins proche. Cette erreur est des plus regrettables car, entre toutes les questions d'oculistique pour lesquelles le médecin habituel est consulté, le strabisme tient certainement l'une des premières places.

Dans ce travail, je m'adresserai donc beaucoup moins à mes collègues en ophtalmologie qu'à mes autres confrères et je m'efforcerai de faire ressortir avec quelle précision, pour ainsi dire mathématique, il est facile d'arriver à la guérison radicale et définitive de la loucherie.

La thérapeutique du strabisme, comme toute bonne thérapeutique, doit être étiologique, et il ne m'est pas possible d'entrer d'emblée dans la question du traitement sans avoir exposé comment les oculistes comprennent l'étiologie de cette affection que j'examinerai successivement dans le strabisme convergent et dans le strabisme divergent.



**A. — Étiologie du strabisme convergent.** — A la base de cette variété de déviation se trouve l'hypermétropie, 74, 19 fois 0/0 d'après mes recherches personnelles, conformes d'ailleurs à l'opinion de Donders.

L'influence de l'hypermétropie sur le strabisme convergent s'explique facilement. Supposons par exemple un sujet hypermétrope de 4 dioptries. Pour voir le point A (voir la figure) que je supposerai à 33 centimètres, distance habituelle à laquelle nous voyons de près, ce sujet sera forcé d'accommoder d'abord de 4 dioptries pour se rendre emmétrope et ensuite de 3 dioptries pour voir nettement à cette distance. Son accommodation totale devra donc être de 7 dioptries. Or, nous savons que les deux fonctions accommodation et convergence sont unies entre elles de telle façon que, lorsque nous accommodons de 7 dioptries, nous devons converger de 7 angles métriques. Or, une convergence de 7 angles métriques dirige l'axe visuel vers un point situé à  $\frac{100}{7}$ , c'est-à-dire

à 14,2 centimètres. Dans ces conditions les axes visuels des deux yeux se croiseront par exemple au point B. Le sujet ne pouvant voir ainsi l'objet A fait appel aux mouvements associés de latéralité qui feront décrire à l'axe visuel d'un de ses yeux, en l'espace il choisira l'œil le meilleur que nous supposons ici être l'œil droit, un déplacement en dehors suffisant pour l'amener en A.

En raison de ce déplacement, qui, comme nous l'avons dit, est sous l'influence des mouvements associés de latéralité, l'axe visuel de l'autre œil se déplacera en dedans du même angle et le strabisme interne de l'œil gauche se trouvera ainsi constitué.

De nombreuses objections, dont je vais exposer les principales, ont été faites à cette théorie qui est celle de Donders :

1° Pourquoi les hypermétropes de degré inférieur à 3 D. ne louchent-ils pas ?

2° Pourquoi les hypermétropes de plus de 8 D. ne présentent-ils pas de strabisme interne ?

3° Pourquoi les personnes atteintes d'une hypermétropie moyenne ne louchent-elles pas toujours ?

4° Pourquoi enfin les emmétropes arrivent-ils à loucher en dedans ?

Pour répondre à la première de ces questions, Donders fit remarquer que l'accommodation et la convergence ne sont pas unies d'une façon tellement étroite qu'il ne puisse s'établir aucune dissociation entre ces deux fonctions : pour une certaine convergence, il y a une certaine latitude d'accommodation et inversement.

M. le Professeur Badal a répondu d'une façon suffisante à la deuxième objection, en faisant remarquer que les hypermétropes de degré élevé n'accommodent plus du tout parce que, habitués à mal voir, ils se contentent d'une vision approximative. N'accommodant pas, ils ne convergent pas ; aussi, s'ils deviennent strabiques, ce sera rarement en dedans, mais bien plutôt en dehors.

La troisième objection paraît plus embarrassante, et pour y répondre il faut faire intervenir un facteur négligé par Donders. Ce facteur est le cerveau même du sujet avec sa valeur innée et acquise.

Depuis les travaux de nombreux auteurs, de Parinaud notamment, nous sommes autorisés à parler de l'existence d'une innervation spéciale pour la convergence par l'intermédiaire de laquelle s'établissent les rapports entre cette fonction et l'accommodation. De plus, cette innervation n'est autre que celle de la vision binoculaire, cette importante fonction qui nous permet d'apprécier le relief.

Or, si un sujet hypermétrope, de degré moyen, par suite du développement de son innervation de convergence, présente une grande aptitude pour la vision binoculaire, si par conséquent ce sujet est bien doué au point de vue de ses lobes cérébraux occipitaux, il pourra passer outre à son hypermétropie et ne pas loucher.

De même, et ceci nous amène à répondre à la quatrième objection : Un sujet emmétrope mal doué

cérébralement, inapte à la vision binoculaire, n'en comprenant pas l'importance, louchera en dedans dans son jeune âge, en dehors s'il est plus âgé ; il ne fera aucun effort pour mettre ses yeux à l'état d'équilibre fonctionnel.

Il faut donc, dans l'étiologie du strabisme, après le facteur « vice de réfraction », placer le facteur « tare nerveuse ».

Enfin, mais secondairement, un nouvel obstacle au parallélisme des lignes visuelles peut venir s'ajouter à ces deux causes ; c'est la rétraction musculaire. Quand un muscle a tenu l'œil en dedans pendant un certain temps, il se rétracte, le sabre se rouille dans son fourreau, s'ankylose dans sa gaine, et il faut intervenir pour lui redonner sa puissance normale.

Les trois facteurs contre lesquels nous avons à lutter dans le strabisme interne sont donc :

1° *Le vice de réfraction* ;

2° *La tare nerveuse* ;

3° *La rétraction musculaire habituellement consécutive*.

**B. — Etiologie du strabisme divergent.** — Je serai bref en ce qui concerne l'étiologie du strabisme divergent. A son sujet nous retrouvons encore les mêmes facteurs :

1° *Le vice de réfraction.* — Puisque, ainsi que je l'ai exposé, l'hypermétropie est à la base de la déviation interne, il est tout naturel de s'attendre à trouver, par analogie, la myopie dans la déviation externe. Elle s'y trouve en effet 67, 74 fois sur 100 d'après un de mes travaux antérieurs portant sur 140 cas de strabisme.

Le mode d'action du vice de réfraction se trouve ici dans le travail moindre de la convergence lié à la diminution de l'effort d'accommodation et, de plus, dans un certain allongement du globe de l'œil qui tend alors à accommoder son grand axe avec celui de l'orbite.

2° *La tare nerveuse.* — Il n'est pas rare de rencontrer des sujets louchant en dehors malgré l'absence d'un vice de réfraction (16, 13 0/0). Ces malades sont essentiellement ceux qui se présentent à nous avec des facultés visuelles précaires. Soit héréditairement, soit par suite d'affections nerveuses du jeune âge, soit simplement par manque d'éducation, leurs lobes opto-psychiques ne se sont pas développés. Ne comprenant pas la valeur de la vision binoculaire, ces sujets sont gênés par les doubles images formées sur leurs rétines, et se débarrassent de l'une d'elles en jetant en dehors l'œil qui la fournit.

3° *La rétraction musculaire.* — Les rétractions secondaires sont importantes à connaître dans le strabisme externe. Il a, en effet, pour caractère d'apparaître moins brusquement que la déviation interne et d'être précédé d'une période de déviation latente. Pendant ce temps, les rétractions secondaires s'établissent et sont confirmées dès que l'on constate l'apparition du strabisme.

Il est une modification consécutive et particulière dans le strabisme externe : je veux parler de l'affaiblissement du droit interne dû à son élongation permanente et surtout à l'amointrissement de son innervation. Dans ce cas, en effet, la sollicitation nerveuse s'exerce rarement ou faiblement, d'où l'affaiblissement progressif de cette innervation de convergence, d'où également le relâchement de la synergie qui unit ces deux actes : accommodation et convergence.

Les facteurs que nous aurons à combattre dans le strabisme externe seront donc de même ordre que dans la déviation interne, c'est-à-dire sont constitués par le vice de réfraction, la tare nerveuse et les rétractions secondaires.

Telles sont les données étiologiques qui vont me servir à l'étude du traitement.

Celui-ci peut être optique, chirurgical ou physiologique.

1° Optique, c'est-à-dire quand il agit par les verres correcteurs du vice de réfraction ;

2° Chirurgical, quand on a besoin de l'opération pour remettre l'œil en place ;

3° Physiologique, quand il consiste à éduquer le sens visuel, à relever l'acuité, à réveiller et développer le sens de la vision binoculaire.

Ces trois procédés doivent souvent être mis en œuvre les uns après les autres, et dans la presque totalité des cas, ils permettent d'atteindre la guérison.

Toutes les fois que le malade sera docile, bien conseillé, ces divers moyens seront couronnés de succès et on ne trouvera que quelques cas très rares, vraiment rebelles, dans lesquels l'acuité visuelle ne remontera pas, dans lesquels la vision binoculaire ne sera pas obtenue. Ces cas concernent les névropathes, les tarés, les dégénérés qui échappent à notre thérapeutique. Mais ce ne sera qu'une très rare exception puisque je n'en ai rencontré que 2 cas sur 140 malades.

Passons maintenant aux détails du traitement.

**Strabisme convergent.** — D'après ce que j'ai exposé plus haut, il est facile de comprendre que si les phénomènes de rétraction secondaire ne se sont pas encore produits, toute intervention du côté des muscles de l'œil, soit reculement, soit avancement de l'insertion musculaire doit être inutile. Cependant comment sera-t-il possible de redresser cet œil ? La solution de ce problème nous a été donnée par Green en Angleterre et Boucheron en France. Ces auteurs fort ingénieusement ont pensé que, puisque l'atropine paralysait l'accommodation, elle devrait, en raison des liens qui unissent cette accommodation à la convergence également paralyser ou du moins diminuer sensiblement cette dernière. Et en effet si, chez des strabiques jeunes chez qui les rétractions musculaires n'ont pas encore eu le temps de se produire, l'on prescrit des instillations d'atropine dans les deux yeux, on voit au bout de quelques jours les axes visuels redevenir parallèles et le strabisme interne disparaître.



On doit donc toujours, avant d'entreprendre toute intervention, commencer par prescrire un collyre à l'atropine et cela d'autant plus que ce médicament permet, à un autre point de vue, une mensuration précise du vice de réfraction du sujet.

Deux cas peuvent se présenter après cette cure d'atropine: l'œil s'est redressé ou le strabisme a subsisté.

a. — Si l'œil s'est redressé, il faudra prescrire des verres correcteurs du vice de réfraction qui supprimeront la cause principale de la déviation, puis soumettre le sujet aux exercices stéréoscopiques qui réveilleront chez lui le sens de la vision binoculaire.

Mais avant d'entreprendre ces exercices, il est un obstacle qu'il faudra faire disparaître, c'est la diminution de l'acuité visuelle qui s'est produite dans l'œil dévié. Cet œil en effet, mis de côté, voit mal les objets et le sujet gêné par les images défectueuses que cet œil transmet à son cerveau, prend petit à petit l'habitude de faire abstraction de ces images. Ainsi s'établit l'amblyopie ex anopsia ou par défaut d'usage.

Avant d'entreprendre les exercices stéréoscopiques, il est urgent de faire disparaître cette amblyopie. Pour cela il faut forcer le sujet à voir avec son œil mauvais et l'on arrive à ce résultat en plaçant une louchette, sorte de coquille opaque et non perforée, au devant du bon œil.

Quelques auteurs ont mis en doute la possibilité d'arriver à ce résultat. Mes recherches sont absolument précises à ce sujet, et chez ceux de mes malades chez lesquels il m'a été possible de mesurer, de la façon la plus exacte, l'acuité visuelle avant et après le port de la louchette, j'ai pu constater une amélioration de cette acuité dont la moyenne est de 0 35.

b. — Si le strabisme persiste après la cure d'atropine, on doit se décider à l'opération. Rien de plus simple que ces opérations de strabisme qui dans aucun cas ne peuvent compromettre la vision, ainsi que beaucoup de gens semblent le croire. Elles consistent à débrider la conjonctive, à saisir le muscle et à sectionner son insertion pour lui permettre de se reculer lorsque l'on veut faire une ténotomie ou pour la fixer plus près de la cornée si l'on désire obtenir un avancement musculaire.

Dans toute la littérature médicale, c'est à peine si on retrouve quelques phlegmons consécutifs et cette intervention, et pour cela il faut remonter à Dieffenbach, c'est à-dire avant les pratiques antiseptiques.

Quelle sera l'opération à laquelle nous nous arrêterons ? On peut poser comme règle précise que dans le strabisme convergent, la ténotomie du droit interne est l'opération principale, et l'avancement musculaire du droit externe l'opération accessoire. Je ne crois pas justifiées les attaques dont la ténotomie a été l'objet, et j'ai démontré ailleurs, par des arguments qu'il serait trop long de reproduire ici, que la puissance de convergence restait encore très suffisante après des ténotomies modérées.

On doit toujours débiter par une ou deux ténotomies faites avec mesure, et n'avoir recours à l'avan-

cement que si la correction ainsi obtenue se trouve insuffisante. De cette façon, on arrive toujours au redressement.

Pour le maintenir, il faut avoir recours aux verres correcteurs, à la louchette capable de remonter l'acuité visuelle et enfin aux exercices stéréoscopiques qui ont pour but le développement du sens de la vision binoculaire.

*Strabisme divergent.* — Les rétractions musculaires sont dans ce cas constantes, avons-nous vu plus haut, aussi le traitement optique est négligeable et le traitement chirurgical est toujours nécessaire.

Mais à l'encontre de ce qui a lieu dans le strabisme interne, c'est l'avancement musculaire qui est l'opération de choix alors que la ténotomie n'est qu'accessoire. Cela tient, ainsi que nous l'avons vu, à ce que c'est bien plutôt le droit interne qui est affaibli que le droit externe trop puissant; aussi est-ce surtout en avançant ce muscle interne que l'on remédie à cette variété de déviation.

L'œil en place, comment l'y maintiendrons-nous ? Par les verres correcteurs qui corrigent l'amétropie et ainsi la cause du strabisme, et surtout par les exercices stéréoscopiques qui en rétablissant la vision binoculaire, rendent toute récurrence impossible.

Ces exercices stéréoscopiques, qui pour la plus grande part constituent le traitement post opératoire, nous arrêteront un instant.

Entre tous les stéréoscopes, celui qui me semble le plus pratique est celui à cinq mouvements de Javal. C'est de cet appareil dont je me sers dans ma clientèle mais cependant il faut reconnaître que tous les appareils de ce genre, même les stéréoscopes bon marché que l'on trouve dans tous les bazars, peuvent être utilisés.

En même temps qu'il inventait son instrument, Javal préconisait des cartons spéciaux destinés à faciliter et à rendre plus rapides les résultats fournis par les exercices stéréoscopiques.

Ces cartons de Javal se divisent en trois séries qu'il a nommées I. K. L.

Les cartons de la série I, encore appelés cartons des divers écartements, ont pour but d'amener le sujet à fusionner dans la position directe du regard schématiquement, ils sont représentés par des disques noirs situés sur l'axe horizontal du carton et plus ou moins éloignés l'un de l'autre. Le sujet commence par les disques rapprochés pour arriver progressivement à fusionner les plus éloignés.

Dans la série K, les images à fusionner ont toutes été dessinées avec un écartement moyen, mais ici au lieu d'images grossières, ce sont des lettres de plus en plus fines.

Les cartons de la série L renferment des phrases entières que le sujet doit lire couramment. Les caractères d'imprimerie qui constituent ces phrases sont de plus en plus petits et, en outre, certains artifices n'en rendent la lecture possible qu'avec le concours de la vision simultanée des deux yeux. Ils constituent les derniers exercices, et le sujet qui arrive à les

lire tous a définitivement recouvré la vision binoculaire.

Maintenant que nous connaissons en quoi consiste le traitement orthoptique du strabisme, comment ces différents moyens doivent-ils être utilisés ?

Avec Javal, je diviserai ce traitement de la façon suivante :

1° Faire réapparaître la diplopie. Dans ce but, faire recouvrer à l'œil dévié, plus ou moins amblyope, une partie de son acuité visuelle au moyen des verres et de la louchette non percée.

2° Obtenir la fusion des images doubles. Ce résultat s'obtient par les exercices de vision stéréoscopique des cartons de la série L d'abord puis de la série K.

3° Étendre le champ de la vision binoculaire au moyen des cartons de la série L.

Je pense que ces quelques lignes, rendues aussi schématiques que possible, donneront une idée suffisamment nette de la façon dont devront être pratiquement conduits les exercices stéréoscopiques.

Quelques ophtalmologistes n'utilisent pas ces exercices sous le prétexte qu'ils entraînent une perte de temps qui n'est pas en rapport avec le résultat désiré.

C'est là, à mon avis, une grave erreur. Ces exercices en effet sont loin de demander une perte de temps aussi grande que certains exercices orthopédiques en usage en chirurgie infantile, comme ceux institués dans le but de redresser la scoliose, le torticolis ou le pied bot par exemple. Or, aucun de nous n'a jamais songé à déconseiller ces exercices à ses malades sous le prétexte qu'ils sont de trop longue durée.

Les oculistes doivent-ils être moins soucieux de l'intérêt de leurs malades ? Je ne le crois pas. Aussi je m'élève avec force contre cette prétention de négliger le retour de la vision binoculaire sous le prétexte qu'il peut nécessiter un traitement suivi de un mois ou deux au plus. Les exercices stéréoscopiques seront toujours de moins longue durée que les exercices orthopédiques dont je viens de parler. D'autre part, l'importance du résultat n'est pas moindre, car la disparition de la vision binoculaire est incontestablement pour l'oculiste une affection aussi grave que la scoliose ou le pied bot pour le chirurgien.

La cure du strabisme ainsi pratiquée donne tous les jours d'excellents résultats. Aussi elle ne doit pas être négligée, car elle permet de faire disparaître une difformité d'autant plus pénible qu'elle affecte dès son jeune âge le sujet qui en est porteur.

### L'HYSTÉRIE INFANTILE ET JUVÉNILE (1).

Il n'existait pas de traité complet de l'hystérie chez l'enfant ; M. le Professeur Bézy et son élève Bibent viennent de combler cette lacune en publiant un volume de plus de 200 pages qui met bien au point la question.

Après avoir défini l'hystérie et établi les limites de l'hystérie infantile, les auteurs abordent l'historique de la question, avec ses deux périodes : 1<sup>re</sup> période pendant laquelle l'hystérie infantile est discutée ; 2<sup>e</sup> période (période actuelle) pendant laquelle l'existence de l'hystérie chez l'enfant ne fait plus de doute.

Les auteurs étudient successivement dans cette période, les travaux des neuropathologistes et des pédiatres en France et à l'étranger.

Puis viennent la description de l'hystérie pendant la première enfance, la seconde enfance et l'adolescence ; et l'étude détaillée non seulement des diverses formes (convulsives, non convulsives, simulant des affections organiques spéciales à l'enfance), mais chacun des symptômes, chacune des manifestations de la maladie.

Enfin prennent place le diagnostic général, le diagnostic de chaque manifestation, le pronostic, l'étiologie et le traitement.

Ce livre du plus haut intérêt se termine par un riche index bibliographique ne comprenant pas moins de 45 pages et devant être d'une réelle utilité à tous ceux qui voudront étudier plus particulièrement certains points de la question.

Ceci dit, je me permettrai de relever une erreur bibliographique, parce que cette erreur est faite à mon avantage, ne voulant pas qu'il me soit attribué un travail que je n'ai pas fait, qui n'existe même pas.

Page 24 je lis : « En décembre de la même année (1891), Chaumier, qui avait déjà traité la question de l'hystérie au-dessous de cinq ans, au Congrès de Grenoble en 1885 la reprit devant l'Académie.

« Son travail fut l'objet d'un rapport d'Ollivier lu en 1892, dans lequel l'hystérie est signalée, même avant deux ans ; il donna lieu dans le cours de l'année à de nombreuses discussions. »

Page 48, à propos de l'hystérie chez le nourrisson : « C'est Chaumier qui souleva le premier la question, d'abord en 1885, au Congrès de Grenoble, et plus tard en 1891, devant l'Académie.

« La question fut présentée par lui de la façon suivante : les accidents nerveux qui existent chez le jeune enfant, et qui sont mis sur le compte de la dentition, doivent être mis sur le compte de l'hystérie.

« Ainsi posée la question était quelque peu révolutionnaire. Aussi ne fut-elle pas admise d'emblée et les bulletins de l'Académie de l'année 1892 relatent, en de nombreux endroits, les discussions qui eurent lieu à ce sujet.

« Sans vouloir reproduire ici les discussions, nous dirons simplement que le travail de Chaumier eut pour rapporteur Ollivier, qui en accepta en grande partie les conclusions, et aujourd'hui à peu près tout le monde est d'accord sur ce point que l'ancien domaine des accidents de dentition doit être considérablement retréci au profit de l'hystérie.

« Il ne faudrait cependant pas s'empresse de diagnostiquer dans ce sens chaque fois qu'un nourrisson présentera des accidents nerveux.....

(1) L'hystérie infantile et juvénile, par P. Bézy, avec la collaboration de V. Bibent. Paris, 1900 Vigot, frères, éditeurs.



« Un point semble donc acquis actuellement, à savoir qu'une partie des accidents nerveux de la première enfance, spécialement des accidents convulsifs, doit être attribuée à l'hystérie, etc. »

Page 169 (index bibliographique) :

« 1885. Chaumier : *Hystérie de la première enfance. Congrès de Grenoble (assoc. franç.)* »

Dans les lignes citées j'ai souligné les erreurs : je n'ai point communiqué en 1885, au Congrès de Grenoble, de travail sur *l'hystérie de la première enfance ; pas plus que sur l'hystérie des enfants au-dessous de cinq ans*. J'ai lu à ce Congrès un travail sur les *maladies dites de dentition*. Après avoir passé en revue la toux attribuée à la dentition et due le plus souvent à la bronchite ou à la pneumonie, maladies infectieuses ; la diarrhée due à l'infection ou à une nourriture déficiente ; les affections de la peau, infectieuses pour la plupart et parmi elles l'impétigo nettement contagieux ; la fièvre due le plus souvent à une angine ou à une pneumonie passées inaperçues ; j'arrivais aux convulsions et je disais que certaines devaient être rapportées à l'épilepsie, d'autres à l'hystérie, d'autres à des causes diverses dont quelques-unes déjà connues ; j'insistais quelque peu sur la nature hystérique de certaines convulsions et je niais absolument l'influence de la dentition comme cause des maladies passées en revue.

Il n'existe donc pas de travail de moi sur l'hystérie, datant de 1885 ; mais seulement cette idée émise dès cette époque que parmi les causes des convulsions de la première enfance il faut comprendre l'hystérie. Je ne disais pas autre chose que ce que disent aujourd'hui MM. Bezy et Bibent : « à savoir, qu'une partie des accidents nerveux de la première enfance, spécialement des accidents convulsifs, doit être attribuée à l'hystérie. »

Quant au mémoire sur *l'hystérie chez les nouveau-nés et les enfants au-dessous de deux ans*, sur lequel Olivier a fait un rapport à l'Académie, en 1892, il existe réellement. Il a été publié plus tard, en 1897, dans la *Gazette médicale du Centre*. Il a réellement donné lieu aux discussions dont parlent MM. Bezy et Bibent et un journal anglais « *The Lancet* » dans une correspondance de Paris, s'est étendu agréablement sur les « nourrissons fin de siècle » que j'avais fait connaître.

Maintenant on me permettra de transcrire ici pour les lecteurs de ce journal quelques pages du volume de nos confrères de Toulouse.

E. C.

FORMES DE L'HYSTÉRIE SIMULANT DES AFFECTIONS ORGANIQUES  
PARTICULIÈREMENT CELLES QUI SONT SPÉCIALES À L'ENFANCE.

Par le Professeur BÉZY et le Dr BIBENT

Nous avons cru devoir grouper dans un chapitre spécial les manifestations de l'hystérie infantile qui ont un caractère commun, celui de se présenter d'une façon trompeuse, de sorte que non seulement on n'est pas porté à la soupçonner, mais encore le diagnostic est dirigé d'emblée

vers une lésion organique. Il est inutile d'insister sur les inconvénients qui résultent de ces erreurs pour le malade.

Il eût été plus clinique de diviser ces manifestations en celles qui simulent des affections absolument spéciales à l'enfance, et celles qui sont communes aux différents âges. Mais pour plus de clarté nous avons préféré les réunir par appareils. Nous adopterons donc l'ordre suivant : affections chirurgicales, affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et de ses annexes, de l'appareil urinaire, des méninges, du cerveau, de la moelle, névroses, maladies générales. Nous insisterons peu sur les symptômes, nous réservant d'y revenir au chapitre diagnostic.

1. Les affections chirurgicales simulées par l'hystérie infantile sont : l'arthrite, la coxalgie, le torticolis, le mal de Pott, les scolioses.

La pseudo-arthrite hystérique n'est pas très fréquente. Le Marinel en a publié trois cas qui se manifestèrent dans une pension de jeunes filles : la première, franchement hystérique, fut prise à la suite d'une émotion ; les deux autres semblaient prises par contagion. La forme fut celle de l'arthrite rhumatismale. L'épidémie s'arrêta sur la menace de renvoi de toutes les élèves qui deviendraient malades. On a signalé aussi des cas d'arthralgies hystériques chez des enfants de six à onze ans. Nous en avons vu un cas chez une fillette ; le siège était au genou, et s'accompagnait de contracture des muscles fessiers. Des cas de ce genre simulent facilement la coxalgie. M<sup>lle</sup> Golsdspeigel cite, dans sa thèse, l'histoire d'une jeune fille qui avait de la douleur et de la rougeur du genou ; le diagnostic de tumeur blanche, porté en ville, fut réformé par Charcot. Il ne faut pas oublier que les craquements articulaires, dont l'existence n'est pas rare chez les hystériques, viennent souvent augmenter les difficultés du diagnostic.

La pseudo-coxalgie, contrairement aux autres manifestations articulaires, est très fréquente chez les jeunes hystériques. Dans les cas types, elle apparaît brusquement, et peut disparaître de même. Elle est constituée par la contracture des muscles de la hanche ; la douleur n'est autre ordinairement qu'une hyperesthésie cutanée de la région.

Le torticolis hystérique est assez fréquent. Il est dû à la contracture du sterno-mastoidien ou du trapèze et s'accompagne souvent d'hyperesthésie de la peau de la région.

C'est aux mêmes causes (contraction musculaire et hyperesthésie de la peau) qu'est dû le pseudo-mal de Pott. La contracture fait saillir les vertèbres, l'hyperesthésie constitue la douleur ; si le malade a en même temps de la paralysie hystérique des membres inférieurs, l'illusion est complète. Aussi les erreurs de diagnostic sont-elles fréquentes, et sont quelquefois révélées pour le grand bonheur du malade, quand cette manifestation disparaît ou est remplacée brusquement par une autre. Des cas de ce genre ont été signalés par Souques, Audry, Poncet, Pignet, Gendron et Brunet, Voisin, Grancher.

Nous allons encore retrouver la contracture comme cause de la pseudo-scoliose et de la pseudo-cyphose. Leur caractère est, comme pour la pseudo-coxalgie, d'apparaître brusquement, et de porter dès le début les déformations au maximum. Dans la scoliose, le coup de hache entre la dernière côte et l'ischion est très marqué. La plupart de ces enfants sont envoyés dans les services de chirurgie où le diagnostic doit être rectifié. La malformation survient, d'habitude, plus ou moins longtemps après un traumatisme de la région : la douleur au point contusionné, dit Grancher, fait que l'enfant s'incline, de là contracture qui finit par s'installer et la déformation est cons-

tituée. La guérison, dans laquelle la suggestion joue un rôle, est la règle. Les récidives sont fréquentes. L'étude de cette déformation a été faite surtout par Grancher, Landois, Vic, Daret, Hallion et Mirallié.

2. Les affections de l'appareil circulatoire sont rarement simulées chez l'enfant par l'hystérie. La pseudo-syncope dont Pitres fait une variété de l'attaque d'hystérie, les troubles moteurs ou sensitifs pouvant simuler des lésions organiques ont été signalés par Redhon et par Isnart.

3. La simulation des affections de l'appareil respiratoire n'est pas plus fréquente. Deux affections ont pu cependant être simulées : la coqueluche par des quintes paroxystiques (Sydenham, Willis, Lasègue, Charcot, Chaumier), et la tuberculose pulmonaire, surtout lorsque la toux s'accompagne d'hémoptysie (Ollivier, Huchard), d'amaigrissement dû à l'anorexie. Glorieux, Lorentzen citent des cas de ce genre. Dans certains cas l'erreur peut encore être facilitée par la dyspnée hystérique (Charcot, Weir-Mitchell), par des phénomènes douloureux dus à l'hyperesthésie des parois, et même (Fabre) par de la matité au sommet, de l'abolition du murmure, des râles et des frottements qui seraient dus à des troubles vaso-moteurs d'origine hystérique.

4. Plus fréquemment on rencontre dans le jeune âge la simulation des maladies de l'appareil digestif et de ses annexes.

Sans nous arrêter à l'anorexie et au vomissement, déjà signalés, non plus qu'aux hémathémèses, à la gastralgie, aux éructations, nous insisterons surtout sur les faits de simulation.

La *tympanite hystérique* simulant la péritonite localisée a été signalée chez un enfant de douze ans (Faisans), chez une adolescente qu'on allait opérer (Isnart), chez une fille de neuf ans chez laquelle les accidents disparurent brusquement (Pitres).

La pneumatose localisée a pu, comme nous l'avons déjà dit, simuler l'appendicite (Mac-Burney). D'autres fois elle a simulé le kyste hydatique du foie (Potain) ; nous avons publié l'observation d'une fille de onze ans chez laquelle on avait diagnostiqué une affection hépatique ; nous découvrîmes, en l'examinant, qu'elle avait des céphalalgies, des zones d'hyperesthésie, la sensation de boule. Elle guérit par la valériane et l'hydrothérapie.

Les *pseudo-entérites* et les *pseudo-coliques abdominales* ont été signalées. Raymond en a publié un cas chez un garçon de douze ans ; la cause était la masturbation.

La *pseudo-péritonite localisée*, ayant donné lieu à des phénomènes graves et à une erreur de diagnostic, a été observée par nous chez un garçon de onze ans et demi. Ce malade, soigné à la clinique infantile de la faculté de Toulouse, en 1898, avait, à la suite d'un traumatisme, de l'hyperesthésie d'une partie de la paroi abdominale, tellement marquée que l'intolérance de la péritonite était absolument simulée ; il fut rapidement guéri, alors que l'affection remontait à plusieurs semaines.

5. L'histoire de la simulation des affections de l'appareil urinaire se résume à quelques *névroses du col* et à l'*incontinence d'urine*. Ce symptôme a une pathogénie assez variée. Pendant longtemps on en a fait, avec Trousseau, une forme de l'épilepsie larvée. Depuis quelque temps, on est bien obligé d'admettre que l'hystérie revendique aussi sa part, après les faits publiés par Ollivier, Burnet, Bichon, Cullère, Reyneau, Terrien, Barns. Quant au trait d'union entre la cause et l'effet, il est plus difficile d'avoir une opinion. Pour Burnet, c'est une hallucination ; pour Hénoc'h c'est une hyperesthésie tandis que Johann Steiner croit à une anesthésie.

6. La *pseudo-méningite* (*méningisme de Dupré*) simule d'une façon plus ou moins complète la méningite vraie. Les premiers cas furent signalés en 1873 par Arnozan et Saint-Ange. De très nombreux travaux ont été publiés depuis, peut-être même a-t-on abusé de ce terme, ce qui a amené les protestations de Gilles de la Tourette. Nous pensons que, jusqu'à plus ample informé, le terme de méningisme doit être conservé, mais en faisant les plus expresses réserves sur les cas, qui deviennent plus fréquents de jour en jour, de méningites qui guérissent, par exemple la méningite grippale (Sevestre).

Bardol en a cité des cas dans sa thèse. De très nombreux faits ont été rapportés. Tous se ressemblent plus ou moins : les symptômes principaux (céphalalgie, constipation, vomissement, photophobie, attitude en chien de fusil, etc.) s'y retrouvent, groupés de telle façon quelquefois que l'erreur est presque inévitable, se présentant au contraire, dans d'autres cas, avec un désordre ou une inconstance qui donnent tout de suite l'éveil.

7. La thèse de Bardol (Paris 1893) est le travail le plus complet sur l'hystérie simulant les *affections cérébrales* chez l'enfant. Des faits de ce genre ont été signalés depuis. Nous indiquerons seulement ceux qui sont le mieux connus, laissant de côté les paralysies et contractures en général, les vomissements, la pseudo-épilepsie partielle, questions déjà traitées par nous dans des chapitres précédents. Il est bon d'observer en passant que les faits recueillis ne paraissent pas encore très nombreux.

Un des plus anciens est rapporté par Bardol. Il s'agit d'un garçon de douze ans qui simple *l'hémiplégie spasmodique infantile* ; il avait déjà eu des crises convulsives ; il avait des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie. Le même auteur rapporte un cas analogue chez un enfant de trois ans.

Le *syndrome de Weber* (paralysie alterne du moteur oculaire commun d'un côté et des membres du côté opposé) n'a été signalé qu'une fois par Charcot, encore le sujet était-il âgé d'environ dix-huit ans. Le syndrome de Millard-Gubler (paralysie croisée des membres et de la face) n'a pas été rencontré.

L'*aphasie*, assez rare aussi, a été cependant signalée : Guyot en a rapporté un cas chez une fille de quatre ans (émotion ; hémiplégie avec aphasie, deux attaques successives, guérison subite). Ringier a observé une fille de douze ans qui eut de la paraphasie, de l'agraphie et de l'alexie.

Les oculistes (A. G. Cipriani, Panas, Abadie et Dujardin-Beaumetz, Terson père) ont rapporté des cas d'*amaurose*, d'*amblyopie*, de *strabisme*, de *ptosis*, de nature hystérique chez l'enfant.

Bien que ces troubles ne soient pas très fréquents chez l'enfant, nous croyons devoir insister à cause des erreurs de diagnostic auxquelles ils peuvent donner lieu.

Depuis Charcot, on connaît bien cet ensemble de phénomènes qui frappent l'œil et ses annexes et que l'on a appelés l'œil hystérique. C'est lui qui a donné les deux lois qui président à ces manifestations : d'abord, leur début brusque et leur guérison certaine, puis, l'absence de troubles ophtalmoscopiques.

Nous retrouvons dans les troubles oculaires tous les troubles de la sensibilité qui forment le cortège ordinaire de l'hystérie.

L'anesthésie de la cornée et de la conjonctive s'observe si fréquemment qu'on la considère comme un stigmate. Elle n'entraîne pour le patient aucune gêne, et, chez le jeune enfant surtout elle passe inaperçue ; pour la constater il faut la rechercher.

L'anesthésie hystérique intéresse aussi les parties pro-



fondes de l'œil. La rétine est atteinte à des degrés divers, depuis l'obnubilation de la vue jusqu'à la cécité. Un symptôme qui relève de ces anesthésies, le rétrécissement du champ visuel, est si souvent observé que Charcot l'a regardé comme un signe pathognomonique de l'hystérie. Concentrique, irrégulier, il est accompagné d'hémianopsie, ou de modifications dans la disposition des couleurs.

L'amblyopie et l'amaurose hystériques, qui relèvent aussi de l'anesthésie rétinienne, ont été décrites par Briquet, étudiées ensuite par Galezowski dans sa thèse en 1865, et par Parinaud dans une communication à l'Académie de médecine de Bruxelles, présentée en 1886. Armaignac (de Bordeaux) en a observé un cas chez une jeune fille de 10 ans; il l'a rapporté au Congrès d'ophtalmologie en 1887. Depuis, d'autres observations ont été rapportées par les auteurs. Pour notre part, nous avons signalé le cas intéressant d'un enfant de huit ans, observé par le docteur Terson (de Toulouse). A la suite d'un traumatisme, il avait perdu la vue du côté où celui-ci avait porté; il fut subitement guéri après un bain de pied. L'amblyopie ou l'amaurose hystériques peuvent être unilatérales ou bilatérales et siègent du côté anesthésié s'il y a hémianesthésie; rarement elles sont croisées. M. Saint-Ange a fait remarquer à ce sujet, que lorsque l'amblyopie ou l'amaurose sont unilatérales, le malade ne s'en plaint pas, nous ajoutons: surtout si c'est un enfant.

L'amblyopie, faisant exception à la règle qui préside au développement des manifestations oculaires de l'hystérie, ne se développe pas toujours avec cette brusquerie d'apparition dont parle Charcot, sauf dans les cas où elle est consécutive à un traumatisme. Parfois elle est tenace, au point de persister durant des mois, des années comme dans le cas d'Armaignac. L'anesthésie n'est pas ordinairement localisée à la rétine, seulement il y a une superposition de troubles, comme dans toutes les manifestations oculaires de l'hystérie, qui est un puissant auxiliaire pour établir le diagnostic. On constate, par exemple, fréquemment avec l'anesthésie rétinienne l'absence du réflexe oculo-palpébral. Un signe important c'est que, quel qu'en soit le degré, elle ne s'accompagne jamais d'héméralopie, comme l'a fait remarquer M. Parinaud, la vision est même meilleure aux éclairages affaiblis. Dans le cas où des doutes subsisteraient, l'examen ophtalmoscopique les leverait en permettant de constater l'intégrité de l'œil.

L'hyperesthésie de la rétine donne lieu à une photophobie plus ou moins intense, qui offre ce caractère d'extrême variabilité que nous avons signalé pour toutes les manifestations de l'hystérie, et qui peut faire commettre des erreurs de diagnostic dans le cas de méningisme infantile hystérique.

Les douleurs névralgiformes de l'œil désignées par Fauster, sous le nom de *Kopioica hysterica*, fournissent un syndrome qui se rapproche tellement de la migraine ophtalmique hystérique de Babinski que nous ne saurions les séparer: ce syndrome a été rarement signalé chez l'enfant. Cependant Thomas l'étudie dans un article de la *Revue médicale de la Suisse Romande*. Il est caractérisé par des douleurs lancinantes de l'œil accompagnées de scintillements. Ces douleurs, d'après Rouffinet, disparaissent la nuit, pendant le repos.

Les muscles intrinsèques de la vision ne sont pas épargnés par les spasmes et contractures de l'hystérie. Le myosis et la mydriase hystériques sont cependant assez rares. La mydriase ne survient guère qu'à la suite d'une crise convulsive et n'est que passagère. Qu'il y ait mydriase ou myosis, les pupilles réagissent à l'accommodation. Le spasme ou la contracture des muscles de Brucke, qui

ont été décrits par Parinaud, amènent la polyopie monoculaire et la micromégaloopsie des hystériques.

Dans la thèse de Pansier, on trouve l'observation d'une jeune fille de treize ans qui fut atteinte de diplopie hystérique.

Nous signalons, au passage, un phénomène que l'on constate fréquemment avec les précédents symptômes: c'est la dyschromatopsie. Le trouble de la perception des couleurs peut aller jusqu'à la perte de la vision du blanc, l'achromatopsie, les objets prenant aux yeux des patients un aspect gris-sale.

Dans ce cas, on le sait, la première couleur perdue par l'hystérique est le violet, la notion du rouge persistant souvent, alors que toutes les autres couleurs cessent d'être perçues. Ce phénomène a été désigné par Hilbert sous le nom d'érythropisie. Il est assez difficile de rechercher la dyschromatopsie chez l'enfant jeune, qui n'a que de vagues notions sur les couleurs. Ce symptôme, comme bien des symptômes hystériques, peut disparaître ou se modifier du jour au lendemain.

Les troubles hystériques des parties extrinsèques de la vision ont été décrits par Borel, Landault et Gilles de la Tourette.

Sur le muscle orbiculaire des paupières, les manifestations de la névrose donnent lieu à des symptômes divers, allant de la crise de clignements au blépharospasme. La paralysie hystérique du releveur de la paupière entraîne le pseudo-ptosis paralytique, décrit par Parinaud. La difficulté du diagnostic de ce ptosis d'avec celui des ophtalmoplégies d'origines centrales sera grande, il est aisé de le concevoir, surtout s'il coïncide avec quelques autres troubles oculaires hystériques. M. Saint-Ange a signalé un fait de ce genre où le ptosis était accompagné d'amaurose et de myosis. Une observation de la thèse de Peugniez rapporte le cas d'un enfant de treize ans qui présentait en 1881 de la blépharoptose, du strabisme, de l'amblyopie, en même temps qu'une chute de la paupière gauche. Le même enfant eut, un an plus tard, un blépharospasme douloureux avec de la photophobie; ces symptômes étaient accompagnés de rétrécissement du champ visuel. Le docteur Kalt, cité par Bardol, a observé une jeune fille de dix ans, atteinte de ptosis paralytique accompagné de photophobie.

Sous le nom de strabisme hystérique, Landouzy signala, le premier, les paralysies et les contractures des muscles moteurs de l'œil. MM. Parinaud, de Lapersonne, Rouffinet en ont décrit depuis tous les caractères. Steiner qui considère le blépharospasme comme fréquent chez l'enfant regarde, chez lui, le strabisme hystérique de même que le ptosis, comme une rareté. C'est vers l'âge de 13 à 14 ans, d'après M. de Lapersonne, que ce syndrome s'observerait le plus fréquemment; il débute brusquement, souvent à la suite d'un traumatisme; paralytique d'abord, il ne tarde pas à se transformer en une contracture. Celle-ci prédominerait même, de l'avis de M. de Lapersonne. Ce strabisme hystérique s'accompagne d'une diplopie qui offre cette particularité d'être intermittente et variable d'intensité.

Un symptôme que nous devons signaler, bien qu'il soit très rarement observé dans l'hystérie infantile, c'est le nystagmus. Ce nystagmus hystérique est mixte, égal à l'état de fixation et de non fixation, il ne s'accélère pas par le mouvement l'œil, il n'est pas accompagné, enfin, de troubles de réfraction, autant de caractères qui le différencieront du nystagmus organique. On retiendra pour le pronostic que ce symptôme ne disparaît à peu près jamais complètement.

8. Les *affections de la moelle* ont été aussi quelquefois simulées par l'hystérie juvénile. On trouvera dans la thèse de Souques des cas de stimulation de la paralysie spinale et du tabes spasmodique. Paralysie et contracture sont, on le comprend, des méfaits assez ordinaires de l'hystérie infantile ; aussi n'est il pas étonnant de rencontrer des simulations de ce genre.

9. La névrose hystérie peut simuler d'autres *névroses* : il en est deux qui méritent une citation spéciale, car leur diagnostic pathogénique sera de première importance pour le traitement : les terreurs nocturnes et l'épilepsie.

Les terreurs nocturnes d'origine hystérique ressemblent à celles qui ont une autre origine ; nous ne nous y arrêtons pas. L'attaque avec prédominance de la phase convulsive peut très bien simuler l'épilepsie.

10. Enfin il n'est pas jusqu'à certaines *maladies générales* qui n'aient été simulées par l'hystérie infantile.

La fièvre hystérique a été signalée par certains auteurs ; elle aurait même affecté la forme franchement intermittente chez un enfant de quatre ans (Marmisse), et la forme typhoïde (Fabre).

Grancher a rapporté le cas d'un enfant de sept mois et celui d'une fillette de six ans, chez lesquels des contractions avaient amené des déformations localisées de la colonne vertébrale, qui en avaient imposé pour du rachitisme.

L'autopsie, dans un cas, des signes non douteux d'hystérie et la guérison, dans l'autre, démontrèrent l'erreur.

Le diabète hydrurique a été aussi simulé. Terrien en a rapporté des observations chez des enfants très jeunes au *Congrès de Toulouse* (1897).

### RONSARD INTIME

Etude médico-littéraire

Par le docteur Ed. SPALIKOWSKI

Il ne faudrait pas s'imaginer que la lecture des *Œuvres de Ronsard* puissent fournir quelques indications utiles pour l'histoire des sciences médicales. Le poète en effet n'a guère parlé des autres, il s'est contenté de se mettre en scène lui et ses maîtresses, et peut-être n'a-t-il pas eu tort, puisque de cette façon nous connaissons son genre de vie, ses goûts, ses habitudes, ses inspirations, ses idées.

Pierre de Ronsard naquit le 11 septembre 1524 dans le Vendômois, au château de la Poissonnière. Je ne m'étendrai point sur ses études qu'il commença à neuf ans au collège de Navarre. Il entra au service et voyagea jusqu'en Grande-Bretagne.

A son retour, disent ses biographes, il devint sourd. Ici je demanderai permission au lecteur de contredire nettement ces derniers. Consultons plutôt le poète lui-même :

la maladie,

Par ne scay quel destin me vint boucher l'ouïe  
Et d'être m'accabla d'assommement si lourd  
Qu'encores aujourd'hui j'en reste demy-sourd (1)

Remarquez bien que l'auteur s'exprime fort clairement : « Encores aujourd'hui j'en reste demy-sourd ». La surdité chez lui ne fut que le symptôme d'une in-

flammation de l'oreille, il s'agit très probablement d'une otite chronique et voici les preuves à l'appui.

Ronsard avait seize ans, quand sa maladie survint ; or les otites moyennes sont plus fréquentes dans la jeunesse qu'à n'importe quelle autre période de la vie ; de plus, il souffrit beaucoup. Mal soignée, cette otite aiguë passa bien vite à l'état chronique,

Alors survinrent les troubles physiques dont je n'ai pas à parler, puisque Ronsard les passe sous silence, mais je dois signaler les bourdonnements d'oreille et la demi-surdité.

Notez que cette surdité est variable dans son intensité : « elle est rarement absolue et elle offre de nombreuses alternatives d'amélioration et d'aggravation ; ainsi elle s'améliore par les temps secs et chauds ou encore à l'occasion d'un brusque mouvement du voile du palais. » (1)

Ronsard a donc pu justement écrire :

« Encores aujourd'hui j'en reste demy-sourd. »

Ce qui ajoute encore une certaine valeur à mon diagnostic c'est que l'otite est souvent l'apanage des arthritiques. Or Ronsard était gouteux, il a eu soin de nous l'apprendre lui-même. Mais comment le devint-il ? Par hérédité sans doute, et de plus son genre de vie aida la diathèse à se manifester. Les amours ont tenu large place dans son existence. Commit-il quelques excès ? on peut le supposer sans toutefois l'affirmer.

La vie des camps n'était guère une école de morale ; les femmes et le vin y ont perdu la jeunesse oisive.

Oisif, Ronsard le fut longtemps : cette fièvre de travail et d'étude qui le poussait à lire l'Illiade en trois jours n'apparut que plus tard, et cette fièvre ne dura qu'un temps, ses maîtresses le réclamant.

Outre les femmes, Ronsard aimait quelque peu la liqueur de Bacchus, car le vin est compagnon de la bonne chère, et notre poète était reçu et choyé de tous.

Cependant, j'aime mieux voir une imitation d'Horace dans les vers suivants :

Ne vois-tu pas que le jour se passe !  
Je ne vy point au lendemain ;  
Page reverse dans ma tasse  
Que ce grand verre soit tout plein.  
Maudit soit qui languit en vain :  
Ces vieux médecins je n'approuve  
Mon cerveau n'est jamais bien sain  
Si beaucoup de vin ne l'abreuve (2)

Plus exacte est la description des occupations de sa journée ; vous verrez qu'il menait une vie assez régulière... mais, quand il avait 40 ans !

M'éveillant au matin, devant que faire rien  
J'invoque l'Eternel, le père de tout bien.

Après je sors du lit, et quand je suis vestu

(1) Œuvres de Ronsard — Elégie XV — Édition Pr. Blanchemain — Tome IV — p. 296.

(1) Dr L. Moynac — Éléments de pathologie et de clinique chirurgicales. T. I. p. 702.

(2) A son page. Edit. L. Moland, p. 416.



Je me range à l'étude et apprens la vertu  
 Composant et lisant, suivant ma destinée  
 Qui s'est dès mon enfance aux muses inclinée :  
 Quatre ou cinq heures seul je m'arreste enfermé :  
 Puis sentant mon esprit assommé de trop lire  
 J'abandonne le livre et m'en vais à l'église.  
 Au retour pour plaisir une heure je devise :  
 De là je viens disner faisant sobre repas  
 Je rends grâces à Dieu, au reste je m'esbas.  
 Car si l'après-dînée est plaisante et sereine  
 Je m'en vais pourmener tantost parmy la plaine.  
 Tantost en un village et tantost en un bois  
 Et tantost par les lieux solitaires et cois ..  
 Là devisant sur l'herbe avec un mien amy  
 Je me suis par les fleurs bien souvent endormy  
 A l'ombrage d'un saule, ou lisant dans un livre !...  
 Mais quand le ciel est triste et tout noir d'espeueur  
 Et qu'il ne fait aux champs ny plaisant ny bien seur,  
 Je cherche compagnie, ou je joue à la Prime,  
 Je voltige ou je saute, ou je lutte ou j'escrime  
 Je dy le mot pour rire et à la vérité  
 Je ne loge chez moy trop de sévérité  
 Puis quand la nuit brunette a rangé les estoilles  
 Sans soucy je me couche.

C'est charmant comme poésie et ce serait une vie bien agréable et bien hygiénique que celle tracée par l'auteur des *Amours de Marie*, si tous les mortels étaient assez heureux pour remplir le programme de telles journées. Exercices, travail interrompu, distractions, promenade, rien ne manque. A ce compte, l'hygiène et l'art peuvent facilement se donner la main.

Mais je laisse encore parler Ronsard, il va nous faire assister à quelques-uns de ses repas. « Ne m'achète point de chair, dit-il à son laquais,

Car tant soit-elle friande,  
 L'esté je hay la viande.  
 Achète des abricos  
 Des pompons, des artichos  
 Des fraises et de la crème :  
 C'est en esté ce que j'aime  
 Quand sur le bord d'un ruisseau  
 Je le mange au bord de l'eau (1).

Ronsard gourmet, cela ne peut nous étonner de la part d'un délicat. Mais je connais plus d'un végétarien qui se réjouira d'avoir eu pour maître dans la carrière un si auguste prédécesseur. Il est vrai, et je vais leur fendre le cœur, que Ronsard (lui-même nous l'apprend) n'était végétarien qu'en été, et ma foi j'avoue qu'il avait raison.

Malgré sa sobriété, la vieillesse le surprit d'assez bonne heure, et c'est avec regret qu'il la vit venir.

Ma douce jouvence est passée  
 Ma première force est cassée  
 J'ay la dent noire et le chef blanc,  
 Mes nerfs sont dissous et mes veines,  
 Tant j'ay le corps froid, ne sont pleines  
 Que d'une eau rousse au lieu de sang.

Adieu ma lyre, adieu fillettes  
 Jadis mes douces amourettes  
 Adieu, je sens venir ma fin.

Nul passe temps de ma jeunesse  
 Ne m'accompagne en la vieillesse  
 Que le feu, le liect et le vin.

J'ay la teste toute étourdie  
 De trop d'ans et de maladie :  
 De tous costez le soin me mord :  
 Et soit que j'aïlle ou que je tarde  
 Toujours après moy je regarde  
 Si je verray venir la mort. (1)

Je n'ai pu résister à l'envie de citer cette petite pièce, une des plus exquises d'ailleurs de l'œuvre. Mais comme s'il n'avait pas suffisamment décrit la vieillesse, le poète y revient encore ailleurs.

L'homme vieil ne peut marcher  
 N'ouyr, ne voir, ny mascher :  
 C'est une idole enfumée  
 Au coin d'une cheminée  
 Qui ne fait rien que cracher.

Il est toujours en courroux  
 Bacchus ne luy est plus doux,  
 Ny de Vénus l'accointance ;  
 En lieu de mener la dance  
 Il tremblotte des genoux. (2)

Et c'est vrai, tout cela, plus on y songe : mais le sujet manque de gaieté. De la vieillesse à la mort il n'y a qu'un pas, Ronsard l'a franchi et c'est d'un cadavre maintenant qu'il nous entretient :

Après ton dernier trespas  
 Gresle, tu n'auras la-bas  
 Qu'une bouchette blesmie :  
 Et quand mort je te verrois  
 Aux ombres je n'avou'rois  
 Que jadis tu fus m'amie

Ton test n'aura plus de peau  
 Ny ton visage si beau  
 N'aura veines ny artères :  
 Tu n'auras plus que des dents  
 Telles qu'on les voit dedans  
 Les testes des cimetières. (3)

Et c'est à Cassandre que s'adressent ces vers, à celle qu'il aima si profondément !

A force d'en parler et d'en médire, la mort elle-même vint chercher Ronsard, sans prendre garde qu'il fut poète et ancien amoureux : la gueuse n'y regarde pas de si près. C'est la loi effroyable, il faut s'y soumettre.

D'un coup de faux, amours et vers furent brisés, et cette triste fin d'un gai chanteur arriva le 27 décembre 1505, au moment où Ronsard avait le plus besoin de son feu, de son liect et de vin ! Il avait pourtant appelé quelque « vieil médecin » bien achalandé qui « plus il avait de pratique et plus il devenait savant », mais la science de l'homme de l'art se heurtait à un obstacle infranchissable. Que l'on goûte ou déteste les médecins, l'heure sonne où l'on ne doit plus ni les aimer ni les haïr !

D<sup>r</sup> Ed. SPALIKOWSKI.

(1) Edit. P. Blanchemain. T. II. p. 268. Ed. M. p. 146.

(2) Edit. P. Blanch. t. II. p. 353. éd. Moland, p. 164.

(3) *Stances*. Ed. P. Blanch. t. I. p. 14. Edit. Moland, p. 11.

## DEUX LEÇONS DE GRAMMAIRE A PROPOS D'AUTOPSIES VIVANTS

Le 2 novembre 1899, j'écrivais au Directeur de la *Chronique médicale*, une lettre — publiée dans le n° de novembre de la *Gazette* — au sujet d'un enfant autopsié dans le service de Parrot, et dont le cœur se contractait encore au moment de l'ouverture du petit cadavre.

Cette lettre m'a valu la critique suivante du Dr Michaut, critique que j'ai trouvée dans le n° du 1<sup>er</sup> septembre dernier du journal de M. Cabanès.

Je fais suivre la critique du Dr Michaut de la réponse que j'ai prié M. Cabanès d'insérer dans la *Chronique médicale*.

Dr E. C.

**Les autopsies vivants.** (La *Chronique médicale*, p. 534; 1 sept. 1900). C'est votre serviteur qui avait déjà fait allusion à l'autopsie que nous raconte dans tous ses détails le Dr Edmond Chaumier, qui en a été témoin, étant externe du professeur Parrot, aux Enfants malades. J'ai rapporté également l'anecdote du Dr Letulle au sujet d'un enfant dont on pratique l'autopsie et dont le cœur n'a pas cessé de battre.

Et puisque aussi bien la *Chronique* est littéraire autant que médicale, me permettez-vous cette remarque littéraire ou plutôt grammaticale, un peu pédante peut-être, mais utile en l'espèce, la faute étant souvent commise par nombre de nos confrères, et l'usage tendant à s'en établir contre toute règle académique.

Le Dr Edmond Chaumier écrit cette phrase : « *Les muscles des membres avaient conservé leur excitabilité, et en frappant la jambe ou le bras avec le dos du scalpel, les doigts ou les orteils se fermaient, LE PIED ou la main se PLOYAIENT.* »

Dans une *généflexion*, vous *pliez* le genou, vous ne le *ployez* point ; car, exactement, *ployer* c'est mettre en forme d'arc, et *plier* c'est mettre en double, rabattre un segment de membre l'un sur l'autre. Une articulation *se plie* et ne *se ploie* donc pas. On *plie* une serviette, une feuille de papier ; on *ploie* une tige rigide, un jonc, etc.

On ne peut *ployer* un membre que dans une seule circonstance : dans l'*ostéoclasie*, avant qu'il y ait rupture de l'os ; le pied ni la main ne peuvent donc se *ployer* chez l'enfant du Dr Chaumier. *Ployer* un membre c'est tendre à le fracturer.

Ces deux verbes sont loin d'être synonymes ici. Spontanément, il est impossible de *ployer* un membre ; nous ne pouvons le faire comme chirurgien, cherchant la mobilité anormale en essayant de *ployer* un membre fracturé. Même en parlant médecine, parlons français, si possible.

Je signe Trissotin, et je me *ploie* la colonne vertébrale jusqu'à être *plié* en deux pour vous saluer comme le plus documenté, le plus savant, le plus littéraire et le plus intéressant rédacteur qui soit au monde.

Dr MICHAUT.

## RÉPONSE DU Dr E. CHAUMIER

Je vais revenir sur une histoire déjà vieille.

La *Chronique médicale*, à propos des autopsies vivants, avait relaté très sommairement une autopsie pratiquée dans le service du Professeur Parrot, à laquelle M. le Professeur agrégé Letulle, alors interne, avait assisté.

J'avais cru intéresser les lecteurs de la *Chronique* en leur racontant par le menu cette autopsie, sur laquelle j'étais d'autant plus à même de donner des détails que j'avais tenu le scalpel.

J'avais écrit tout bonnement au courant de la plume, sans aucune prétention au beau langage, et pour relater un fait purement médical.

Or, voyez l'abomination dont je me suis rendu coupable. J'avais écrit :

« *Les muscles des membres avaient conservé leur excitabilité, et en frappant la jambe ou le bras avec le dos d'un scalpel, les doigts ou les orteils se fermaient, le pied ou la main se ployaient.* »

« J'aurais dû dire « *le pied ou la main se pliaient* » parce que « *ployer* c'est mettre en forme d'arc et *plier* c'est mettre en double, rabattre un segment de membre l'un sur l'autre. »

C'est Monsieur le docteur Michaut, devant l'érudition littéraire duquel je m'incline, qui me rappelle ainsi aux règles grammaticales, que j'ai, hélas, eu déjà trop le temps d'oublier. »

Une articulation, ajoute notre confrère, *se plie* et ne *se ploie* donc pas. On *plie* une serviette, une feuille de papier ; on *ploie* une tige rigide, un jonc, etc. (C'est sans doute pour cela que La Fontaine a dit : le roseau *plie*...) »

« On ne peut *ployer* un membre que dans une seule circonstance, dans l'*ostéoclasie*, avant qu'il y ait rupture de l'os... »

« Ces deux verbes sont loin d'être synonymes. »

Et c'est parce que « la *Chronique* est littéraire autant que médicale », que le Dr Michaut fait « cette remarque littéraire ou plutôt grammaticale un peu pédante peut-être — c'est lui qui le dit — mais utile en l'espèce ; la faute étant souvent commise par nombre de nos confrères, et l'usage tendant à s'en établir contre toute règle académique. »

« Même en parlant médecine, dit encore M. Michaut, parlons français, si possible. »

Je le veux bien, mon cher confrère, parlons français ; et sans pédanterie, laissez-moi vous rappeler que l'étymologie de *plier* et de *ployer* (*plicare*) leur donne une signification presque identique. Beaucoup d'auteurs, et des meilleurs, emploient indifféremment les deux mots. Je vous laisse le soin d'en trouver de nombreux exemples.

Je m'en rapporte à vous pour l'instant, et j'accepte vos définitions.

Mais si une articulation *se plie* et ne *se ploie* pas, comment se fait-il que vous, très *versé* dans la grammaire et la littérature, *ployiez* si humblement la colonne vertébrale à la fin de votre lettre ; vous devriez la *plier* ; car, si je me rappelle bien, la colonne



vertébrale est composée d'os articulés, et ses articulations ont des mouvements réguliers.

Vous me répondrez que les articulations sont nombreuses, que le jeu de chacune d'elles est fort limité, et qu'en somme, en se ployant la colonne vertébrale se met en arc de cercle. Ce à quoi je répondrai, à mon tour, que la main aussi est composée de plusieurs os articulés, et que lorsque ses articulations fonctionnent, la main se met également en arc de cercle.

Je ne veux pas ergoter là-dessus ; d'autant que si nous voulons parler français — et je m'étonne que vous ne me l'ayez pas fait remarquer — ce n'est pas ployer ni plier qu'il eût fallu dire, mais fléchir : « Le pied ou la main se fléchissaient. » Ne vous paraît-il pas, mon cher confrère, que cette phrase réalise seule la correction littéraire et la correction scientifique.

La Chronique est *littéraire* et *historique*, autant que *médicale* !

Si elle est *littéraire* peut-être me sera-t-il permis d'ajouter une toute petite remarque.

« *Ployer*, dites-vous, c'est mettre en forme d'arc, et *plier* c'est mettre en double, *rabattre un segment de membre l'un sur l'autre*. »

Je crois qu'on peut rabattre un segment de membre sur un autre segment de membre ; deux segments de membre l'un sur l'autre : mais il me semble difficile de rabattre un segment de membre l'un sur l'autre.

Qu'en pensez-vous ?

Si elle est *historique*, elle doit relater les faits exacts sans prêter à la confusion.

Or, malgré mon langage incorrect, tous les lecteurs de la Chronique ont dû comprendre ce que j'ai voulu dire en écrivant : « le pied ou la main se ployaient », mais je doute qu'il en ait été de même de vos deux phrases :

« C'est votre serviteur qui avait déjà fait allusion à l'autopsie que nous raconte dans tous ses détails le docteur Edmond Chaumier, qui en a été témoin étant externe du Professeur Parrot aux Enfants malades. J'ai rapporté également l'anecdote du Dr Letulle au sujet d'un enfant dont on pratique l'autopsie et dont le cœur n'a pas cessé de battre. »

Combien sont-ils, en effet, les lecteurs de la Chronique ayant compris que l'autopsie dont j'ai raconté les détails et l'anecdote du Dr Letulle se rapportent au même enfant ?

De grâce, mon cher confrère, ne nous faites pas passer, l'aimable et savant Professeur Letulle et moi, pour des gens ayant l'habitude d'autopsier les enfants vivants.

La Chronique est *historique*, et l'histoire ne doit jamais mentir ; c'est pourquoi je relèverai une seconde faute contre l'histoire de la médecine cette fois.

Vous avez placé le Professeur Parrot aux Enfants malades : c'est certainement un *lapsus calami* ; vous vous vouliez écrire : aux Enfants assistés ; mais comme la Chronique passe, et à bon droit, pour un journal très documenté, élucidant les questions his-

toriques les plus embrouillées, vous allez, si vous continuez, perdre sa réputation.

A chacun son métier ; croyez-moi, mon cher confrère, occupez-vous de médecine, et laissez la grammaire aux grammairiens.

Dr Edmond CHAUMIER.

## Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

## NOUVELLES

### Congrès de Médecine de 1900

Notre éminent confrère le Prof. Le Double, qui a tenu si ferme dans la section d'Anatomie le drapeau de la science française, a été nommé, à l'unanimité, par les congressistes, vice-président de la section française pour le prochain Congrès International à Madrid. Le Président est le Prof. Renaut (de Lyon), encore un Tourangeau. C'est aussi un Tourangeau, le Dr Héron, qui, se trouvant à prendre la parole le dernier dans la section de Médecine, a su en quelques phrases applaudies se faire l'interprète de tous les congressistes près du Bureau et de nos confrères de Paris.

## CORRESPONDANCE

Josnes, ce 25 Septembre 1900.

### TRÈS HONORÉ CONFRÈRE

Permettez-moi de livrer à la réflexion des chirurgiens compétents l'observation suivante, qui date d'hier et m'a paru présenter un réel intérêt.

Je suis appelé le 13 septembre dernier auprès d'une malade de 42 ans, atteinte d'une tumeur du sein gauche, présentant les caractères suivants : Consistance solide. Grosseur du poing. A débuté il y a quatre mois par un petit noyau induré qui s'est accru insensiblement, se continue nettement avec le reste de la glande, dont on saisit très bien la partie saine au-dessous de la tumeur. Quelque peu douloureuse à la pression. Très mobile sur le grand pectoral, mais adhérente à la peau, sur laquelle on constate aisément le phénomène du « capitonage » de la « peau d'orange ». — Le mamelon est très rétracté ; mais ce signe perd ici sa valeur, car, cette rétraction a *toujours* existé, au point que la malade n'a jamais pu allaiter avec son sein gauche. Je souligne cette particularité qui n'est pas la moins curieuse de mon observation. Quelques ganglions de grosseur moyenne, mobiles, à la paroi interne de l'aisselle.

La malade, qui est une grande multipare, jouit d'une santé très précaire. L'amaigrissement est marqué, le teint terreux, le sommeil et l'appétit font défaut.

En présence de ces signes je pose hardiment le diagnostic de cancer du sein, et je conseille l'extirpation immédiate.

La malade ne s'y refuse pas en principe, mais elle demande à réfléchir, et, pour la satisfaire je l'autorise à faire sur la tumeur des frictions quotidiennes avec une pommade fondante. — Huit jours se passent. — Je revois ma malade le 20 au soir. — L'aspect de la tumeur n'a pas changé. — Sur mes instances, l'opération est décidée et fixée au lundi matin 24, le temps de m'adjoindre un confrère pour l'anesthésie.

Le 23 au soir, je retourne chez ma malade pour régler les détails de l'opération et je jette un dernier coup d'œil sur la tumeur. Quelle n'est point alors ma stupéfaction ! Je me trouve en présence d'un sein rouge, enflammé, extrêmement douloureux, dont la peau, violacée et amincie dans la région qui correspond au centre de la tumeur, laisse percevoir une fluctuation tout à fait caractéristique. Les ganglions ont suivi la même évolution ; ils sont gros et douloureux.

Le doute n'était pas permis ; mon cancer du sein s'était tout simplement métamorphosé en un vaste abcès. Je n'avais plus qu'à confesser mon erreur, à « rengainer » mon extirpation et à proposer une simple incision... ce que je fis sur-le-champ. Mais, cette dernière « compensation » à ma déconvenue me fut refusée, et l'abcès s'ouvrit spontanément le 25 septembre, c'est-à-dire deux jours après.

Que s'était-il passé ? Ce que j'avais pris pour un cancer était tout simplement une tumeur inflammatoire évoluant sans réaction et qui, sous l'influence, sans doute, des frictions et des palpations multiples auxquelles je m'étais livré, avait précipité sa marche, et, en trois jours, après avoir somméillé quatre mois, était parvenue à la période de suppuration.

Cette petite mésaventure chirurgicale me suggère les réflexions suivantes :

Si l'opération avait été plus précipitée, la guérison aurait vraisemblablement suivi l'extirpation de la tumeur, et, comme il n'y aurait pas eu de récurrence, si l'examen histologique n'avait pas été pratiqué, la liste des cancers du sein guéris radicalement par une intervention se serait trouvée augmentée d'un cas nouveau.

Pouvait-on éviter l'erreur du diagnostic par moi commise ?

Je ne doute pas qu'un chirurgien sagace, expérimenté, ayant l'habitude des tumeurs du sein et... le flair chirurgical propre aux virtuoses du bistouri, n'y eût réussi.

Pour moi, je crois être utile à mes confrères en confessant timidement mon erreur et en leur donnant comme conclusion le petit conseil suivant. En présence d'une tumeur du sein présentant tous les caractères d'un cancer à la première période, ne pas se hâter de prononcer les grands mots de tumeur maligne et d'extirpation, mais temporiser, malaxer

la tumeur, ordonner à la malade de la frictionner encore et encore, et ne parler de cancer et d'intervention radicale que si tous ces « mauvais traitements » n'ont pas sensiblement modifié l'allure du mal.

D<sup>r</sup> Eugène BAUDRON,  
Josnes (Loir-et-Cher).

*Réflexions.* — Notre confrère a très raison d'appeler l'attention des praticiens sur les difficultés du diagnostic de la mammites d'avec le cancer, et le conseil qu'il donne « de savoir attendre » parfaitement indiqué. En dehors des cas simples les plus nombreux il est vrai, où très évidemment il s'agit de cancer, il est préférable en effet de demander à revoir la malade avant de poser l'indication opératoire ; beaucoup de médecins déjà agissent ainsi, l'exemple de notre confrère ne peut que décider les autres.

Au point de vue diagnostic je crois utile d'ajouter comme remarque à celle faite au D<sup>r</sup> Baudron, que la présence de ganglions dans l'aisselle n'implique point forcément le cancer comme on le croit quelquefois.

La précoce apparition des ganglions, leur volume très considérable, la douleur à la pression sont au contraire une forte présomption en faveur de la mammites.

Ici comme toujours le principal est de s'appliquer à poser le diagnostic exact, et il ne faudrait pas non plus par un excès contraire poser en règle de laisser au temps le soin et le mérite de déterminer la nature de l'affection.

Notre confrère le D<sup>r</sup> Bousquet, de Valbonne (Alpes-Maritimes), se met à la disposition de nos confrères pour leur fournir de l'huile d'olive pure, provenant de sa récolte. Il fait les envois par colis postaux ; avis.

**VIN GIRARD** de la Croix de Genève, idoine, tanique phosphaté.

**Succédané de l'huile de foie de morue**

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

**BIOPHORINE** — Saccharolé à base de kola, glycérophosphate de chaux, coca, 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 beauté hygiénique ne contenant aucune substance grasse ou nuisible.

**A. GIRARD, 22, rue de Condé, Paris.**

Echantillons offerts aux membres du Corps médical.