

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**Charcot, Jean-Martin. - Sur un cas de  
migraine ophtalmoplégique**

*In : Progrès médical, 1890, XII,  
p. 83-86*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)  
Adresse permanente : [http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90170x1890x83\\_86](http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90170x1890x83_86)

# Le Progrès Médical

## CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J.-M. CHARCOT.

### Sur un cas de migraine ophtalmoplégique ; (Paralysie oculo-motrice périodique) (1).

Messieurs,

A propos d'une malade qui s'est présentée à l'une de nos polycliniques du mardi et que je vous ai signalée à l'époque, je vais entrer dans quelques détails relativement à un syndrome peu connu encore, mais au sujet duquel les faits depuis quelque temps tendent à se multiplier; on peut prévoir par là, dès à présent, que sous peu ce syndrome s'installera définitivement dans la clinique neuropathologique.

Vous aurez bientôt l'occasion d'étudier sur nature les principaux caractères de l'affection dont je parle, chez la malade en question. Bien qu'elle se présente là sous une forme relativement un peu anormale, le cas, vous le reconnaîtrez aisément, ne s'écarte pas foncièrement cependant du type fondamental.

Je désignerai, si vous voulez bien, le syndrome dont il s'agit sous le nom de *migraine ophtalmoplégique*. C'est que dans cette migraine-là il y a accompagnement nécessaire d'une paralysie d'un des nerfs moteurs oculaires communs; et, remarquez-le bien, car c'est là un trait saillant, caractéristique, la paralysie porte non seulement sur les branches qui se rendent aux muscles extérieurs: droit interne, droit supérieur, droit inférieur, petit oblique, releveur de la paupière; mais encore sur les rameaux intérieurs, sur ceux, en d'autres termes, qui se distribuent aux muscles ciliaires et à l'iris. C'est donc une *ophtalmoplégie totale* qui s'observe ici et, à ce propos, je vous rappellerai que la dénomination d'*ophtalmoplégie externe* est réservée aux cas où les muscles extérieurs de l'œil, seuls, sont paralysés, tandis qu'on appelle avec Hutchinson du nom d'*ophtalmoplégie interne* celle où, au contraire, la paralysie porte exclusivement sur les muscles ciliaires et iriens.

En Allemagne, où les premières descriptions du complexe morbide ont été faites, on le désigne sous le nom de *paralysie oculo-motrice récidivante* (Manz, Mauthner) ou de *paralysie oculo-motrice périodique* (Joachim, Senator). A ces dénominations je préfère celle de *migraine ophtalmoplégique*, d'abord parce que, si je ne me trompe, elle fait mieux image, signalant les analogies incontestables qui existent entre l'affection qui nous occupe et les migraines classiques; ensuite parce qu'elle relève un élément qui ne figure pas dans les autres dénominations, à savoir l'élément douleur, lequel joue, dans l'espèce, un rôle considérable, car, en somme, dans cette sorte de migraine, la paralysie de l'oculo-moteur n'apparaît jamais, autant qu'on sache, qu'à la suite d'une période douloureuse le plus souvent accompagnée de vomissements.

(1) Leçon faite le vendredi 16 mai 1890, recueillie par M. le Dr Guinon, chef de clinique, et revue par le professeur.

Avant d'entrer dans les détails de la description, je vais en quelques mots indiquer l'historique du sujet et signaler les principales sources où vous pourriez puiser si vous vouliez approfondir une question qui est et restera encore pendant longtemps peut-être à l'étude.

C'est tout récemment, en 1884, que P.-J. Möbius a appelé pour la première fois, en Allemagne, l'attention sur ce complexe morbide, à propos d'une observation à lui propre dont il a rapproché un cas publié par Hasner, en 1883 (dans le *Prager med. Woch.*, n° 10, 7 mars) et un autre publié en 1882 (*Lancet*, t. II, n° 9, 1882, p. 345) par M. Saundby. Puis sont venues les observations de Thomsen, de Manz, une nouvelle observation de Saundby, une de Remak, une de Joachim, une de Bernhardt et plusieurs autres.

Vous lirez avec intérêt les articles d'histoire et de critique rédigés par Möbius, Mauthner (*Die Lehre von den Augenmuskellähmungen*, Wiesbaden, 1889, p. 347), Joachim et enfin Senator. Le travail de ce dernier auteur, publié dans les *Archives de Leyden* (1888), est particulièrement intéressant et instructif.

Nous ne devons pas oublier que déjà, en 1885, dans les *Archives de Neurologie*, à propos d'une observation recueillie dans mon service, M. Parinaud et M. Marie, alors mon chef de clinique, avaient décrit la *névralgie oculaire à retour périodique* — notre migraine ophtalmoplégique — et reproduit les sept observations publiées antérieurement à la publication de leur travail par les divers auteurs, en les faisant suivre de remarques importantes.

Actuellement, à l'heure qu'il est, le nombre des observations du groupe est de 19 environ; la nôtre d'aujourd'hui sera le 20°. C'est peu, sans doute; mais on ne saurait méconnaître que, malgré des variations individuelles assez étendues, ces cas forment un groupe pathologique vraiment cohérent et qui mérite bien d'être considéré comme se rapportant à un type clinique.

\*\*

J'en viens maintenant à la description qui nous permettra tout à l'heure de mettre en leur propre observation; mais, dès l'origine, je voudrais essayer de justifier, mieux encore que je ne l'ai fait plus haut, cette dénomination de migraine ophtalmoplégique que j'ai choisie de préférence à toute autre. Vous savez du reste ce qu'on entend par migraine: migraine, hémicranie, c'est une douleur de tête non toujours, tant s'en faut, unilatérale, contrairement à ce que le terme semble exprimer; douleur revenant par accès et compliquée le plus souvent de troubles des fonctions gastriques. Quelques auteurs ajoutent à la caractéristique que la maladie n'offre aucun danger. Il est vrai qu'il en est ainsi dans la grande majorité des cas; mais il ne faut pas, cependant, vous le reconnaîtrez tout à l'heure, accepter sans réserves cette prédiction optimiste.

La migraine ne paraît pas constituer une entité, une unité; elle comprend des formes, deux au moins, tellement différentes par leurs allures, qu'on peut se demander si elles ne doivent pas être séparées radicalement à titre d'espèces distinctes. Ainsi, pour ne parler

que des grandes divisions, à côté de la migraine classique que les auteurs anglais, Liveing en particulier, appellent *Sick head ache*, *Bilions head ache*, pour bien marquer la participation des fonctions gastriques, il y a lieu de décrire séparément le *Blind head ache*, dans lequel il y a également, dans la majorité des cas, nausées, malaises, vomissements, mais où surtout — c'est là le trait particulier — il se présente un trouble spécial de la vision, à savoir : *scotome scintillant* d'abord, puis *modification hémioptique du champ visuel*.

Notons en passant que ces troubles oculaires s'accompagnent, dans bien des circonstances, d'une parésie fugace d'un des membres supérieurs, avec sensation d'engourdissement remontant de l'extrémité du membre vers un côté des lèvres et de la langue, en même temps que se produit un trouble aphasique temporaire qui cause presque toujours aux malades les plus vives inquiétudes alors même qu'ils sont depuis longtemps devenus coutumiers du fait.

A propos de cette forme de la migraine, je rappellerai que le pronostic prétendu constamment favorable des accidents migraineux ne trouve pas ici sa justification; car il peut arriver, ainsi que je l'ai depuis longtemps relevé, que quelques-uns de ces accidents, hémioptie, aphasie, parésie, crises épileptoïdes, etc., transitoires il est vrai dans la règle, se prolongent cependant et s'établissent même quelquefois définitivement en permanence. Vous verrez le parti que nous chercherons à tirer tout à l'heure de la connaissance de ces faits.

Il est clair qu'il n'existe pas de lésions organiques permanentes dans les migraines, du moins à l'origine. Ainsi dans la migraine ophtalmique, pour ne parler que de celle-là, il y a lieu de penser qu'une ischémie corticale par spasme vasculaire, suivie d'hyperémie, localisée surtout dans les régions pariétales, est la cause physiologique de la plupart des accidents. Mais il y a lieu de penser aussi que ces lésions purement dynamiques, fonctionnelles comme on dit, peuvent, par la répétition fréquente des actes, devenir l'occasion de la manifestation de lésions organiques. C'est ainsi que les artérioles mises en cause devront, à la suite de ces spasmes prolongés et fréquents qu'elles subissent dans les accès de migraine, devenir le siège des altérations de l'endartérite et donner lieu, par suite, à un vice de canalisation plus ou moins prononcé. En conséquence la vitalité des éléments nerveux que ces artérioles nourrissent pourra se montrer plus ou moins sérieusement et parfois définitivement compromise. L'hypothèse est d'ailleurs justifiée par une observation de M. Galezowski montrant qu'une thrombose de l'artère centrale de la rétine a pu se produire à la suite d'accès répétés de migraine ophtalmique.

\* \*

Mais je reviens après cette digression aux cas que nous devons considérer particulièrement. Il conviendrait donc, d'après ce que je vous ai dit, de reconnaître désormais l'existence d'une nouvelle espèce de migraine ophtalmique dans laquelle, en l'absence de scotome scintillant, d'hémioptie, de parésie avec engourdissement d'un membre supérieur, etc., les symptômes oculaires seraient représentés par une paralysie du moteur oculaire commun. Chose remarquable, c'est toujours en pareil cas, ainsi que j'ai dit déjà, d'une paralysie totale de l'oculo-moteur qu'il s'agit et, en outre, cette paralysie est en quelque sorte *exclusive*; elle

n'intéresse pas, en effet, les autres nerfs moteurs de l'œil.

Les effets symptomatiques de ce genre de paralysie sont naturellement ceux que vous avez prévus : strabisme en dehors, chute de la paupière, impuissance motrice dans le domaine de la 3<sup>e</sup> paire, diplopie spéciale à ce genre de paralysie; de plus tous les caractères de l'ophtalmoplégie interne, à savoir : paralysie de l'accommodation : le malade ne peut plus lire à la distance ordinaire, un verre fortement convexe peut seul ramener la vision; paralysie de l'iris manifeste non seulement dans les mouvements de convergence des yeux, mais encore sous l'action de la lumière. Nous trouvons là, remarquez-le en passant, les caractères qui distinguent les paralysies périphériques ou basilaires de l'oculo-moteur commun, des paralysies dites nucléaires du même nerf.

Un autre trait encore presque spécifique et fort singulier incontestablement, c'est que la paralysie oculomotrice n'occupe jamais qu'un seul œil; elle ne se répand pas d'un œil à l'autre et, chose remarquable, c'est, dans un cas donné de migraine ophtalmoplégique, toujours le même œil qui sera frappé dans les accès subséquents; tantôt c'est l'œil droit, tantôt c'est l'œil gauche qui deviendront le siège des phénomènes paralytiques, mais, je le répète, dès le premier accès, on pourra prévoir si la migraine et la paralysie, dans l'évolution de la maladie, se localiseront à l'avenir du côté droit ou, au contraire, du côté gauche.

L'œil dans les accès se montre un peu congestionné en général; l'examen ophtalmoscopique pendant ce temps ne fournit que des résultats négatifs.

Messieurs, il n'y a pas que l'élément paralysie à considérer dans la migraine ophtalmoplégique; la douleur, l'hémicranie, la migraine en un mot est là, toujours présente, et tient d'abord le premier plan. Voici comment les choses se passent : c'est, remarquez-le bien, la douleur, et souvent une douleur intense, atroce, disent quelques-uns, qui ouvre la scène; cette douleur est une hémicranie par excellence, elle reste localisée d'un seul côté pendant toute la durée de l'accès, bien plus régulièrement que cela ne se voit dans la migraine vulgaire, siégeant à la région temporale et, en outre, s'étendant tantôt à l'occiput, tantôt à la nuque ou encore sur les deux à la fois. La douleur s'accompagne d'ailleurs généralement, comme dans les autres formes de la migraine, de malaises, de nausées et de vomissements.

Dans l'accès la durée de cette période douloureuse est variable ainsi que nous le dirons dans un instant, mais courte ou longue cette phase est marquée par des exacerbations tantôt matinales, comme dans le cas de Marie et Parinaud, tantôt vespérales ainsi que vous le verrez dans le fait qui va vous être présenté.

Un autre caractère de cette période douloureuse c'est qu'elle se termine brusquement, comme par enchantement, au moment même où apparaît la paralysie oculomotrice. Celle-ci semble jouer là, en somme, le rôle de ce que l'on appelait autrefois un phénomène critique. Oui, je le répète, la douleur et aussi le malaise et les vomissements disparaissent rapidement pour faire place à la paralysie qui persistera ensuite pendant une période de temps qui peut varier de quelques jours à plusieurs semaines.

\* \*

Vous avez compris, par ce qui précède, quelle

est la constitution typique d'un accès de migraine ophtalmoplégique ; il se compose essentiellement de deux périodes successives : l'une, la première en date, qui peut être appelée douloureuse, est marquée par l'hémicranie, le malaise et les vomissements ; l'autre, la seconde, est la période paralytique. Mais vous auriez, Messieurs, une idée fort imparfaite de l'affection si je n'insistais pas actuellement sur ce qui est relatif d'abord à la durée de chacune des crises, et aussi à la durée des intervalles qui les séparent. Il y a, en effet, à constater sur ces deux points des variations nombreuses, considérables même, et il y a lieu, en conséquence, d'établir à cet égard des catégories, bien que, à mon avis, les variations dont ils s'agit puissent être ramenées toujours au type fondamental.

Pour ce qui est d'abord de la durée de chacune des crises, il y a à considérer, en premier lieu, celles où l'accès ne s'étend pas à plus de 3, 4, 5, 6 jours, tout compris : période douloureuse et période paralytique. Remarquez à ce propos que la durée de l'accès même le plus court de migraine ophtalmoplégique dépasse toujours de beaucoup celle des accès normaux de migraine vulgaire ou ophtalmique ; j'ajouterai que dans les cas où l'accès est de courte durée les périodes intercalaires sont relativement courtes ou, autrement dit, les accès se succèdent plus fréquemment ; c'est ainsi qu'on peut voir les accès, dont la durée ne dépasse pas quatre ou six jours, reparaitre plus ou moins régulièrement environ tous les mois, à peu près douze fois par an.

Je signalerai quelques observations à titre d'exemples du genre :

1<sup>o</sup> Cas de Senator (*Zeitsch. für klin. Medic.*, 4888, p. 253). — Femme de 22 ans. Début à l'âge de 8 ans environ. Un accès tous les mois depuis cette époque. La durée de chaque accès est de 5 à 6 jours. La douleur de tête, accompagnée de frissons, siège à droite, et c'est à droite que l'ophtalmoplégie se produit. L'ophtalmoplégie chez ce sujet n'a paru que dans un petit nombre d'accès.

Ce cas met en lumière le fait intéressant que chez quelques sujets la période douloureuse peut, dans certains accès, exister seule et ne pas être suivie de la période paralytique.

2<sup>o</sup> Cas de Manz (*Berlin Klin. Woch.*, n<sup>o</sup> 34, août 1889). — 23 ans, cocher. Début à l'âge de 14 ans, accès toutes les 4 ou 6 semaines. Ils durent de 3 à 4 jours. La douleur occupe le côté gauche, elle s'accompagne de frissons, malaise, soif, vertiges, perte d'appétit, pas de vomissements, paralysie oculo-motrice gauche. A la suite du dernier accès observé, un certain degré de chute de la paupière et la diplopie croisée ont persisté pendant près de 8 semaines.

3<sup>o</sup> Cas de Hasner (cité d'après Mœbius). — Femme de 17 ans, accès courts ; durée de 3 à 6 jours environ, mensuels. Début à l'âge de 13 ans. La douleur et l'ophtalmoplégie siègent à gauche. Il y a du malaise et des vomissements. Les accès ne durent pas plus de 3 jours. L'accommodation reste en défaut plus longtemps.

Une seconde catégorie se composera des cas dans lesquels les accès sont en général beaucoup plus longs que dans le groupe précédent — ils peuvent durer 10, 15 ou 20 jours — et en même temps beaucoup plus rares.

Les cas suivants peuvent être cités comme des types du genre.

1<sup>o</sup> Cas de Mœbius (*loc. cit.*) Il s'agit d'une fille de 6 ans. La maladie a débuté à l'âge de 1 an. Les accès ont eu lieu seulement une fois environ chaque année, mais la durée de la période douloureuse qui s'accompagne de vomissements est de 10 à 14 jours, tandis que la paralysie oculaire persiste pendant un

mois et plus. Il est remarquable que le second, le troisième et le quatrième accès ont paru chaque année au mois d'août.

2<sup>o</sup> Cas de Marie et Parinaud, observé à la Salpêtrière. (*loc. cit.*) — Femme de 26 ans. Début à l'âge de 7 ans. Les accès ont lieu depuis cette époque chaque année au printemps. La période douloureuse est marquée par une *névralgie orbitaire* quelquefois accompagnée d'embarras gastrique et de vomissements. Sa durée est de 8 à 10 jours ; pendant ce temps la douleur est constante, mais elle est surtout intense le matin ; portée au maximum vers 10 heures, elle s'apaise vers midi et n'est plus représentée dans l'après-midi que par un sentiment de pesanteur. La durée de la diplopie et celle de la chute de la paupière ont été plusieurs fois jusqu'à deux ou trois mois.

Les crises, dont l'intensité s'était atténuée déjà à l'âge de 15 ans, lors de l'apparition des règles, sont devenues moins intenses encore après le mariage, c'est-à-dire à 26 ans.

Ces deux derniers cas peuvent, comme vous allez le voir, servir à établir la transition entre ceux de la première catégorie et celui qui doit maintenant faire l'objet de notre étude. Mais, avant d'entrer dans le détail de ce cas, nous devons relever encore quelques autres points appartenant à l'histoire naturelle de la migraine ophtalmoplégique.

\*  
\*  
\*

En premier lieu il convient de remarquer que, surtout dans les cas où les accès sont prolongés et rares, les intervalles ne sont pas toujours parfaitement libres, la douleur apparaît parfois dans ces intervalles à l'état rudimentaire, et les accidents paralytiques, bien qu'atténués, persistent à un certain degré. Il semble qu'en pareille circonstance il y ait tendance à l'état continu. Il ne s'agit plus alors, ainsi que l'a parfaitement relevé M. Senator, d'une maladie *périodique* dans l'acception rigoureuse du mot, mais plutôt d'une *maladie continue avec exacerbations périodiques*. C'est là justement ce qui s'est produit à de certaines époques chez notre malade d'aujourd'hui.

La maladie commence en général dans l'enfance : à 11 mois, 4, 5, 15 ans ; exceptionnellement le début se fait plus tard, et à cet égard notre fait s'éloigne de la règle, le premier accès ayant eu lieu seulement à l'âge de 30 ans ; mais il faut remarquer que chez notre sujet, de même que chez plusieurs autres, les accès avec ophtalmoplégie ont été pendant longtemps précédés par des accès migraineux sans paralysie oculaire.

Ce genre de migraine paraît surtout fréquent chez les femmes ; chez l'homme on ne l'a encore observé que dans 4 cas.

Il est des cas, comme celui de Marie et Parinaud, où la maladie paraît tendre à la guérison, mais je ne crois pas qu'on puisse citer encore, à l'heure qu'il est, un seul cas de guérison véritable. L'an passé il s'est présenté à la polyclinique un jeune homme de 20 ans chez lequel les accès de migraine ophtalmoplégique, datant de la première enfance, survenaient environ tous les mois. Ils ont cessé de se produire depuis 18 mois environ, mais le dernier a laissé après lui une paralysie complète du moteur oculaire commun, qui depuis cette époque ne s'est pas amendée. Il est à craindre que cette paralysie soit désormais un fait accompli. Ceci ne rappelle-t-il pas, soit dit en passant, les reliquats permanents signalés dans quelques cas de migraine ophtalmoplégique ?

Dans l'étiologie on cite deux ou trois fois un coup sur la tête ; on parle quelquefois d'hérédité nerveuse et migraineuse. Chez notre malade, le père a été saturnin, et il y a eu du côté maternel une tante aliénée.

Les cas où la maladie tend à s'aggraver progressivement paraissent beaucoup plus communs que ceux où elle paraît, au contraire, tendre à s'amender. Les premiers appartiennent communément au groupe dont le caractère est que les accès proprement dits sont de longue durée, en même temps que les accidents paralytiques, bien qu'atténués, tendent à s'éterniser dans les intervalles.

Un mot en terminant sur le diagnostic. La migraine ophtalmoplégique ne saurait être confondue cliniquement, tant ses caractères sont tranchés, avec les autres migraines. Une tumeur intra-cranienne pourrait, dans certaines circonstances, la simuler, mais l'existence dans le premier cas de phénomènes concomitants particuliers, celle de la névrite optique en particulier, mettraient bientôt sur la voie.

On ne pourrait la confondre, non plus, avec ces ophtalmoplégies à récurrences, portant tantôt sur le moteur oculaire commun, tantôt sur l'abducens, qui sont si fréquentes dans l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive et dont M. Pel, d'Amsterdam, rapportait récemment un fort bel exemple. (*Berlin. klin. Wochens.* — 6 janvier 1890). Ces paralysies récidivantes de l'ataxie ne s'accompagnent ni de migraines, ni de vomissements, et bientôt la nature du cas se révélerait dans tout son jour, par la concomitance d'autres accidents tabétiques caractéristiques. (A suivre).

## ASSISTANCE CHIRURGICALE

### De l'organisation des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris ;

par FELIX TERRIER, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Bichat (1).

Mon cher Directeur,

Vous avez eu l'amabilité de me demander l'exposé de mes opinions personnelles sur l'installation et l'organisation d'un service de chirurgie d'après les idées modernes. C'est là, je m'empresse de vous le dire, une question assez difficile à résoudre et qui, surtout, soulèvera bien des objections et des difficultés, étant donné nos installations hospitalières actuelles, installations déplorables, à mon avis.

Voici, pour moi, la doctrine fondamentale qui doit guider dans une installation chirurgicale. Tout blessé, tout malade atteint d'une lésion dite chirurgicale, est *suspect d'infection*, et doit, dès son entrée à l'hôpital, être soumis à un classement déterminé sur lequel je reviendrai dans un instant.

Il résulte de cette proposition générale qu'un service de chirurgie doit être *absolument isolé*, comme on l'admet aujourd'hui pour les services des femmes en couches. Il ne doit pas être placé, comme nous le voyons dans nos hôpitaux, au milieu des services de médecine. C'est là une pratique déplorable contre laquelle on ne saurait trop réagir et qui viole les notions les plus élémentaires de l'hygiène.

Depuis mon installation à l'hôpital Bichat, c'est-à-dire

(1) L'article ci-dessous, que nous sommes heureux de pouvoir, dès aujourd'hui, mettre sous les yeux de nos lecteurs, est une lettre adressée à M. le D<sup>r</sup> PEYRON, directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris. Nous attirons tout spécialement l'attention sur la façon dont notre cher maître comprend l'installation d'un service chirurgical. Jusqu'à présent, en France, jamais un chirurgien n'avait osé aborder la question de la sorte. (M. B.).

depuis sept années, je n'ai jamais observé que deux érysipèles nés dans mes salles chez mes opérés ; or, l'un de ces érysipèles fut manifestement pris par un opéré qui avait été se promener dans le service de médecine voisin, service où existaient des érysipèles de la face. Et d'ailleurs, en supposant une impossibilité matérielle de contamination directe entre les malades de médecine et ceux de chirurgie, il est facile de comprendre l'existence d'une contagion indirecte par les gens de service qui non seulement ne sont pas isolés, mais ont un contact fréquent et journalier, en particulier au moment des repas en commun.

Le service chirurgical étant isolé, comment doit-il être installé ?

Un malade chirurgical ou un blessé se présente-t-il à l'hôpital, il faut, dès qu'il est admis dans le service de chirurgie, le diriger vers une première salle dans laquelle il sera possible de le déshabiller, de le faire baigner et de lui donner des vêtements hospitaliers sortant de l'étuve à stérilisation. Les vêtements du malade seront réunis en paquet et de suite portés dans l'étuve à stérilisation, pour les nettoyer avant de les lui restituer en partie. Ce sont là des précautions hygiéniques absolument élémentaires, qui sont loin d'être prises la plupart du temps. Si, en effet, dans beaucoup de services, les entrants sont envoyés au bain et ont leurs vêtements partiellement changés, en ce sens qu'on leur fournit du linge, ils n'en conservent pas moins leurs vêtements principaux : jupons ou robes pour les femmes, pantalons et gilets pour les hommes. Or, si l'administration hospitalière ne peut donner à chaque entrant un vêtement complet propre, elle peut, pendant que les malades sont dans le bain, faire stériliser les habits possibles à conserver, en les plaçant dans l'étuve sèche. Grâce à ces précautions le malade ou le blessé entrant à l'hôpital peut être relativement désinfecté.

Notons de suite que cette désinfection, possible pour beaucoup de malades chirurgicaux, ne l'est plus lorsqu'il s'agit de blessés plus ou moins gravement atteints, et que dans ces cas la désinfection prématurée est des plus relatives et doit même être considérée comme nulle, malgré les soins qu'on peut y apporter.

Dès l'entrée du malade ou du blessé à l'hôpital, il doit donc être plus ou moins complètement nettoyé, dans une salle à part et pourvue de baignoires et d'une étuve à stérilisation.

C'est alors que les malades ou blessés devront être divisés en trois catégories, répondant précisément aux *desiderata* de la théorie que j'ai déjà exprimée plus haut, en disant qu'un blessé ou malade était fatalement suspect d'infection.

S'agit-il d'un malade ayant une opération à subir pour remédier à une lésion congénitale ou acquise non infectée, par exemple pour un bec-de-lièvre, une fissure palatine, une tumeur non ulcérée du sein, une tumeur du ventre, etc. ? Ce malade, après avoir été baigné et avoir mis des vêtements désinfectés, doit être considéré comme indemne de toute infection primitive. Dans ces cas, il peut entrer dans une salle que je désignerai par la lettre A, salle qui est exclusivement destinée à ce genre de malades chirurgicaux. C'est la *salle des non infectés primitivement*.

Voyons maintenant un autre cas. Nous avons affaire à un malade porteur d'une lésion des téguments ; un ulcère de jambe, une plaie suppurante, une ulcération d'une lésion maligne, etc. Ce malade ou blessé, qui doit subir une opération ultérieure, au moins dans certains