

munie de châssis à persiennes, ouvrant à soufflet intérieur, et permettant ainsi la ventilation sans grands courants d'air. Ces châssis seront munis de crémaillères destinées à en régler l'ouverture.

Le mobilier du cabinet de toilette se composera d'une longue table en fer, sans tiroirs, et de 2 ou 3 chaises en fer ou en bois verni et cannées. De nombreuses patères seront fixées aux murs. Il contiendra également les récipients (cuvettes, seaux, bassin, brocs) destinés aux soins du malade et à la désinfection. Dans les villes où le tout-à-l'égout est pratiqué, c'est-à-dire où il y a une chasse d'eau suffisante, un water-closet sera placé dans le cabinet de toilette de la chambre de malades. Une baignoire en fonte émaillée pourra également y être annexée.

WURTZ et BOURGES.

HYGIÈNE SCOLAIRE. — Nous n'avons pas la prétention de traiter ici complètement ce sujet; nous nous contenterons d'indiquer simplement les points qui intéressent le plus le médecin praticien. Aussi nous bornerons-nous à quelques considérations sur l'hygiène des locaux scolaires et celle des élèves.

Hygiène des locaux scolaires. — Les médecins qui font partie des commissions sanitaires ou des conseils d'hygiène départementaux ont fréquemment à donner leur avis sur les dispositions à prendre au point de vue de la construction hygiénique des écoles dont les plans leur sont soumis par l'autorité préfectorale. Le ministère de l'Instruction publique a rédigé à ce propos une instruction spéciale, dont nous reproduisons ici les principales prescriptions.

Tout établissement scolaire doit être construit sur un terrain sec ou asséché par un drainage convenable. L'emplacement doit être central, bien aéré, d'un accès facile et sûr, éloigné de tout établissement bruyant, malsain ou dangereux, à 100 mètres au moins des cimetières. La surface réservée à l'école sera au minimum de 500 mètres carrés; lorsque le nombre des élèves est de plus de 50, on compte 10 mètres carrés en plus par élève.

L'orientation des bâtiments doit être disposée de façon à ce que la lumière diffuse pénètre abondamment dans les classes. L'orientation de la façade principale au sud-est ou au nord-est est la plus favorable; de cette façon les rayons solaires ne pénètrent dans les locaux qu'en dehors des heures de classes, et les assainissent sans incommoder les élèves.

Le rez-de-chaussée sera exhaussé de 60 centimètres au-dessus du sol extérieur et le plancher sera établi sur une cave ou sur une couche de matériaux imperméables. Des pentes, destinées à faciliter l'écoulement des eaux, seront ménagées autour des constructions.

La surface des classes sera de 1 mètre carré 25 par élève, sans que le nombre des élèves puisse dépasser 50 par classe. La hauteur des salles ne sera pas inférieure à 4 mètres.

Les dimensions des fenêtres seront calculées de façon à ce que la lumière éclaire toutes les tables. Elles seront percées sur une seule face des locaux, l'éclairage unilatéral étant le plus favorable.

Le sol recouvert de carrelages, ou mieux, de parquets en bois dur, doit être suffisamment imperméable pour pouvoir être nettoyé au moyen d'un linge humide. Les parois seront revêtues d'un enduit lisse qu'on puisse laver fréquemment. Les plafonds seront unis, à angles arrondis, sans corniches.

Les cours de récréation présenteront une surface calculée à raison de 5 mètres par élève et seront munies d'une fontaine ou d'une pompe d'eau potable. Un préau couvert de 1 mètre carré 25 par élève, et dont la hauteur sera de 4 mètres sous plafond, sera joint aux cours de récréation, avec un local réservé aux exercices de gymnastique.

Les écoles de garçons auront deux cabinets d'aisance par classe; les écoles de filles, trois. Les cuvettes seront munies d'appareils obturateurs; des urinoirs y seront adjoints pour les garçons. Lorsqu'il n'existe pas d'évacuation à l'égout, on installera des fosses étanches fixes ou mobiles, en donnant la préférence aux fosses mobiles, quand cela sera possible.

Quelques principes d'hygiène doivent être observés, lorsque les écoles sont ouvertes.

A la fin de chaque classe on doit aérer les salles en ouvrant les fenêtres pendant quelques minutes. Mais il faut établir en plus une aération permanente au moyen d'orifices d'accès d'air pur pris immédiatement à l'extérieur et d'orifices destinés à l'issue de l'air vicié.

Le meilleur moyen de chauffage des locaux scolaires s'obtiendrait assurément en employant des appareils à vapeur d'eau à basse pression. Mais ce procédé est rarement applicable à la campagne ou dans les petites villes à cause des frais d'établissement et d'entretien. On installera alors dans chaque salle un poêle à double enveloppe avec circulation d'air, dont la prise d'air se fera à l'extérieur. Il faut qu'il soit entouré d'une grille en fer, qui empêche les enfants de s'y brûler; il ne doit contenir ni four, ni chauffe-plats. Aucun élève ne sera placé à moins de 1^m,25 du poêle dont le tuyau de fumée ne devra en aucun cas passer au-dessus de la tête des enfants. Il est inutile de laisser vaporiser de l'eau sur les poêles, l'atmosphère de la salle contenant déjà un excès de vapeur d'eau par le seul fait de la présence des élèves.

Les bancs et les sièges seront toujours disposés de façon à ce que la lumière des fenêtres les éclaire du côté gauche. Si la lumière venait de face elle éblouirait les yeux des élèves; arrivant par derrière, elle serait masquée par l'ombre portée de la tête et de la partie supérieure du corps; enfin la lumière frappant à droite présenterait l'inconvénient de projeter sur le papier l'ombre de la main qui écrit et du porte-plume.

S'il est nécessaire de recourir à l'éclairage artificiel, celui-ci ne doit pas être ménagé et doit être disposé de façon à ce que la lumière arrive également sur toutes les tables sans frapper directement les yeux. La flamme éclairante doit toujours être entourée d'un cylindre de verre qui la rende fixe.

Les chapeaux, pardessus, parapluies, sabots ne doivent pas être introduits dans les salles de classe, où ils porteraient des souillures et de l'humidité. Il serait utile de réserver à cet effet un vestiaire avec porte-manteaux.

Hygiène des élèves. — Nous n'indiquerons ici que les points qui intéressent tout particulièrement le médecin : d'une part la surveillance des élèves au point de vue de la transmission des maladies contagieuses; de l'autre les préceptes à observer pour éviter aux enfants, du fait même de leurs études, des scolioles ou des troubles de la vue.

Les *maladies contagieuses* qui menacent le plus les enfants et qui peuvent

donner lieu à des épidémies scolaires sont les suivantes : les fièvres éruptives, la diphtérie, la coqueluche, les oreillons, les teignes et la tuberculose pulmonaire ouverte.

La rougeole est particulièrement contagieuse avant l'éruption, à un moment où il est difficile, sinon impossible, de soupçonner la nature de la maladie; aussi est-ce la fièvre éruptive qui donne lieu au plus grand nombre d'épidémies scolaires. C'est d'ailleurs une maladie si répandue, qu'il serait utile à la rentrée des classes d'établir une liste des élèves qui n'ont pas encore eu la rougeole; on surveillerait chez eux l'état des voies aériennes, pour les exclure des classes dès qu'ils présenteraient un rhume avec coryza et larmolement. Même s'ils restent bien portants, il est prudent de s'enquérir fréquemment si leurs frères ou sœurs n'ont pas la rougeole, et dans ce cas de les garder en observation chez eux pendant deux semaines.

Dès qu'il éclate un cas de rougeole dans une classe, on renvoie le malade chez lui. S'il a des frères ou sœurs à l'école, on leur interdit l'accès des classes en les tenant en observation pendant deux semaines. Le convalescent ne pourra être admis de nouveau à l'école qu'après un délai de 16 jours, à partir du début de la maladie.

La faible contagiosité de la scarlatine dans les premiers jours en rend les épidémies beaucoup plus rares que celles de rougeole. Aussi n'y aura-t-il pas lieu de prendre des mesures spéciales vis-à-vis des frères et sœurs d'un scarlatineux. Mais il faut compter avec la très longue persistance du contagium. Un scarlatineux ne pourra rentrer à l'école que 40 jours après le début de sa maladie, et il sera prudent d'attendre davantage avec ceux qui présentent des complications suppuratives, et conservent plus longtemps le germe virulent.

Le même isolement de 40 jours est prescrit pour le varioleux. Des revaccinations immédiates et générales constituent la meilleure mesure prophylactique à y joindre.

Le diphtérique, qui, souvent, conserve encore dans la convalescence des bacilles de Löffler virulents dans la gorge, est également maintenu à l'écart pendant 40 jours, et il sera prudent de tenir ses frères et sœurs éloignés de l'école pendant une semaine et de ne les y laisser revenir qu'après soigneux examen de la gorge et du nez.

Un enfant qui a la coqueluche ne doit plus être reçu à l'école tant que les quintes persistent. Ses frères et sœurs seront exclus de l'école au moindre rhume.

Pour les oreillons, l'isolement réglementaire est de 16 jours, bien que le contagium persiste parfois beaucoup plus longtemps durant la convalescence.

Un enfant atteint de teigne ne doit plus être admis à l'école tant que le médecin traitant ne le considère pas comme guéri depuis 6 semaines. Encore est-il nécessaire de contrôler la guérison par un nouvel examen microscopique des cheveux au bout d'un mois.

La tuberculose pulmonaire ouverte doit être considérée comme une cause absolue d'exclusion de l'école.

Quand les fièvres éruptives, la diphtérie, la coqueluche ou les oreillons affectent une allure épidémique et frappent un assez grand nombre d'enfants dans une école, on a encore trop souvent recours au licenciement des élèves. Cette mesure trop tardive pour les maladies à contagiosité précoce, comme la

rougeole ou les oreillons, devient inutile pour les autres affections transmissibles, d'autant que les écoliers rendus à leurs familles, échappant à toute surveillance, trouvent toujours moyen de se réunir, et que, par suite, le licenciement de l'école ne contribue en rien à diminuer les causes de dissémination de la maladie.

Lorsque les élèves se trouvent placés dans certaines conditions défectueuses, ils prennent pendant le travail des attitudes vicieuses qui peuvent entraîner des déviations du squelette sous forme de *scolioses* et des modifications de l'œil qui entraînent la *myopie*.

La principale cause de ces attitudes vicieuses provient de la mauvaise disposition du mobilier scolaire, lorsque les bancs et les tables ne sont pas construits suivant des modèles rationnels, ni adaptés à la taille des élèves ou à leur genre de travail.

Si la table est trop éloignée du banc sur lequel l'élève est assis, celui-ci, pour travailler, se placera tout au bord du siège et fera porter tout le poids de son corps sur les coudes posés sur la table. Bientôt, cédant à la fatigue, il appuie sa tête sur les mains et reste la meilleure partie de la classe accoudé d'un côté ou des deux. Les yeux se trouvent alors à trop faible distance du livre, s'il est en face, ou à une distance inégale, s'il est de côté, circonstances favorisant le développement de la myopie. Dans cette attitude également, les épaules se trouvent projetées en avant, si la tête repose à la fois sur les deux mains; ou si elle n'appuie que sur une seule, il y a inclinaison et distorsion de la colonne vertébrale, pouvant entraîner une scoliose. Cet inconvénient est encore plus marqué lorsque l'élève veut écrire; il ne peut prendre d'appui que sur son bras droit, et incline forcément le tronc de son côté, en lui imprimant une légère torsion de droite à gauche.

Quand la hauteur de la table est trop grande par rapport à celle du banc, les épaules de l'élève se trouvent projetées en haut; si, au contraire, cette hauteur est trop faible, l'inclinaison du tronc en avant est encore exagérée.

De plus, cette attitude vicieuse deviendra permanente, si l'enfant ne peut soulager le travail des muscles sacro-lombaires en s'appuyant en arrière sur un dossier.

Enfin, si le plan de la table est horizontal ou peu incliné, la tête, et par suite le corps, se penchent d'autant en avant, et cette position, en dehors des inconvénients déjà signalés, amène par l'effet de la pesanteur une congestion passive des yeux, et une augmentation de la tension intra-oculaire, qui facilitent l'apparition de la myopie.

Le mobilier scolaire doit donc satisfaire à quatre desiderata principaux :

1° Pour que le banc ne soit pas trop éloigné de la table, il faut que le rebord postérieur de celle-ci se trouve dans le même plan vertical que le bord antérieur du siège.

2° Pour que le pupitre ne soit pas trop éloigné en hauteur, ni trop rapproché du banc, il faut que le bord postérieur de la table se trouve à la hauteur ou légèrement au-dessus du coude de l'élève, de façon que l'avant-bras se pose sur la table sans effort. Le siège sera lui-même à une hauteur telle, que les pieds de l'enfant reposent naturellement sur le sol ou mieux encore sur une planche

inclinée fixée au-dessous de la table. La largeur du banc doit être suffisante pour supporter presque toute la longueur de la cuisse.

5° Un dossier droit sera fixé au bord postérieur du banc, de façon à arriver à la hauteur des reins, au-dessus des hanches. Cette disposition permet aux enfants de se tenir droit, sans les porter à se renverser en arrière, comme dans un fauteuil.

4° L'inclinaison des pupitres la plus favorable à la vue, que l'expérience indique de donner, est d'environ 45 degrés au-dessus de l'horizontale. Mais il serait difficile d'écrire sur un plan aussi incliné, les mouvements de la main se trouvant gênés; aussi, dans la pratique, faudra-t-il se contenter de donner aux pupitres une inclinaison de 20 degrés seulement. Si le bord postérieur de

la table se trouve au niveau du coude de l'élève, les yeux de celui-ci se trouveront à environ 35 centimètres des objets placés sur le pupitre, distance très appropriée pour travailler sans fatigue.

Une disposition très heureuse, mais naturellement plus dispendieuse, consiste à placer, sur le pupitre incliné à 20 degrés, une planchette pouvant se relever à volonté au moyen d'un support, de façon à faire un angle de 45 degrés au-dessus de l'horizontale. Cette planchette n'est ainsi relevée par l'élève que pour la lecture (fig. 194).

Nous terminerons en signalant encore quelques facteurs qui contribuent à entretenir les attitudes vicieuses des écoliers (inclinaison de la tête et du tronc en avant, torsion de la colonne vertébrale) pendant le travail.

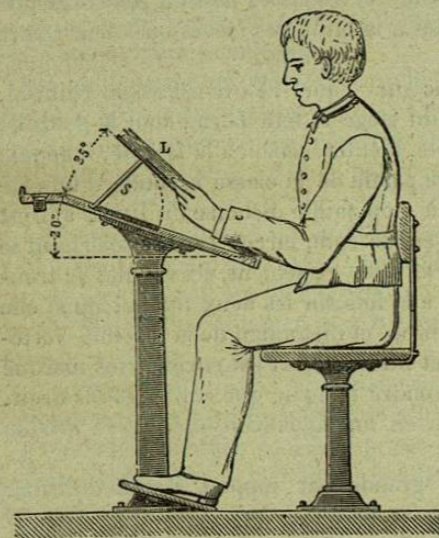


Fig. 194. — Type de mobilier scolaire.
(Proust, Traité d'hygiène.)

L'écriture inclinée, connue sous le nom d'écriture anglaise, incite les élèves à placer le bord inférieur du papier obliquement ou même perpendiculairement à celui de la table, et à se pencher de côté. Il vaudrait bien mieux, au point de vue de l'hygiène, habituer les enfants à conserver leur papier perpendiculairement au bord de la table, en traçant les caractères fermes et nets de l'écriture droite dite française.

Enfin, pour ne pas obliger les élèves à rapprocher leurs livres trop près des yeux, il faut veiller à ce que les ouvrages d'étude soient imprimés en caractères bien nets et suffisamment gros.

WURTZ et BOURGES.

HYGROMA AIGU. — On désigne sous le nom d'hygroma aigu ou de *bursite* aiguë l'inflammation aiguë des bourses séreuses. L'hygroma aigu peut être *traumatique*, succédant alors à une plaie pénétrante de la bourse séreuse ou à des contusions répétées, ou bien *secondaire* à une lésion inflammatoire voisine, telle que : furoncle, lymphangite, érysipèle, arthrite; fréquemment,

c'est sur un hygroma chronique que se greffe l'inflammation aiguë. On peut encore voir survenir l'hygroma aigu au cours d'infections générales (rhumatisme, blennorrhagie, infection purulente).

Certaines bourses séreuses sont dans diverses professions un siège plus habituel d'hygroma; c'est ainsi que la bourse prérotulienne s'enflamme fréquemment chez les parqueteurs, les maçons, les couvreurs (V. HYGROMA CHRONIQUE).

Symptômes. — Les débuts de l'hygroma aigu sont ceux de toute inflammation : au niveau d'une région où il existe une bourse séreuse normale ou anormale, la peau devient rouge, chaude, douloureuse; elle est soulevée par une *tuméfaction* arrondie, régulière, parfaitement fluctuante, sauf lorsque, par suite de cloisonnements, l'hygroma est multiloculaire. Il existe fréquemment un peu de lymphangite autour de la tuméfaction. Il y a simultanément des *phénomènes généraux* : fièvre, frissons, soif vive, état gastrique. Malgré ces allures franchement inflammatoires, l'épanchement peut rester séreux. Au bout de quelques jours la rougeur et l'empâtement diminuent, mais l'épanchement ne se résorbe pas et l'hygroma passe à l'état chronique; dans d'autres cas, rares, la poche s'ouvre sponta-

nément ou sous le coup d'un heurt et il s'écoule un liquide séreux, citrin : le plus souvent l'hygroma *suppure* et on se trouve en présence d'un abcès circonscrit. La peau devient rouge foncé, l'œdème augmente et la poche se rompt à l'extérieur en

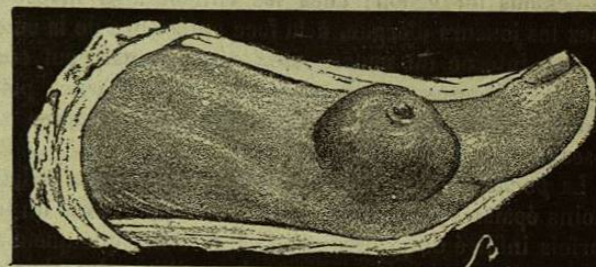


Fig. 195. — Hygroma suppuré de la bourse métatarso-phalangienne.
(Traité de chirurgie.)

un ou plusieurs points, donnant issue au pus; la poche une fois vidée se rétracte et se cicatrice, laissant un noyau ou une plaque indurée, ou bien, là où les ouvertures restent fistuleuses, sans tendance à se fermer.

Dans certains cas, la suppuration, dépassant les limites de la poche, gagne le tissu cellulaire ambiant et l'hygroma suppuré est alors le point de départ d'un *phlegmon diffus* parfois fort grave : cette forme est particulièrement fréquente au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

L'hygroma suppuré peut se compliquer d'arthrite, soit que l'infection gagne l'articulation voisine par voie lymphatique, soit que la bourse séreuse enflammée communique normalement ou anormalement avec elle (hygroma de la bourse séreuse sous-cutanée située au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil).

Nous n'insisterons pas sur le *diagnostic* de l'hygroma aigu qui est, en général, très simple : le siège, la forme, l'évolution suffisent ordinairement pour le caractériser; mais on se trouvera parfois en présence de bourses séreuses de siège tout à fait anormal, il faudra y songer.

Traitement. — L'hygroma aigu d'origine rhumatismale cède, en général, assez vite au repos, aux applications humides, à la médication salicylée. S'il s'agit d'un hygroma aigu ordinaire on immobilisera le membre, on appliquera

des pansements humides légèrement antiseptiques; mais dès que la suppuration semble apparaître, il faut *inciser largement* au bistouri, laver la poche avec un liquide antiseptique et drainer. On comprimera légèrement.

La forme phlegmoneuse diffuse réclame le même traitement que le phlegmon diffus (v. c. m.).
G. LABEY.

HYGROMA CHRONIQUE. — Les hygromas chroniques, inflammations chroniques des bourses séreuses avec épaissement de leurs parois et distension de leur cavité par un liquide d'aspect et de quantité variables, relèvent le plus souvent de *causes traumatiques*, de contusions et de frottements répétés; quelquefois ils succèdent à un hygroma aigu.

C'est une affection *professionnelle* par excellence et l'on connaît la fréquence de l'hygroma *prérotulien*, chez les parqueteurs, frotteurs, maçons, domestiques, religieux; de l'hygroma *olécrânien*, chez les mineurs; de l'hygroma *sus-acromial*, chez les portefaix; l'hygroma professionnel peut exister également, mais dans des bourses séreuses anormales, chez les cordonniers, au-dessous du genou; chez les tailleurs, au niveau de la malléole externe; chez les joueurs d'orgue, à la face antérieure de la cuisse; chez les cavaliers, à la face interne du genou, etc.... L'hygroma peut encore survenir dans des bourses séreuses développées sous une influence pathologique, telle qu'une saillie anormale en un point quelconque du corps (hernie, gibbosité, exostoses, reliefs du pied-bot, etc.).

La *poche* de l'hygroma, sphérique ou un peu aplatie, a des *parois* plus ou moins épaisses; sa face externe est en rapport avec un tissu conjonctif condensé, parfois infiltré de graisse; sa face interne, quelquefois lisse, quelquefois végétante, présente le plus souvent des saillies, des cloisonnements limitant quelquefois plusieurs poches qui communiquent entre elles. Le *liquide* est généralement séreux et citrin, quelquefois d'une consistance rappelant celle de la gelée de groseille; dans certains cas, le liquide est couleur chocolat, il y a alors dans les parois des fausses membranes, rappelant celles de l'hématocèle vaginale.

Symptômes. — L'hygroma se développe *lentement*, peu à peu, sans douleur, et le malade ne se présente, en général, que lorsque le volume de la grosseur commence à le gêner dans son travail. On constate alors une *tumeur* de volume variable, en général sous-cutanée, reposant sur les plans sous-jacents et formant une saillie sessile, hémisphérique. La peau est tantôt amincie, tantôt épaisse et calleuse, suivant le degré de distension de la poche et les frottements qu'elle subit.

A la palpation, la *fluctuation* est très nette, mais parfois on sent sur la poche des indurations en plaques, en noyaux.

La peau glisse sur la tumeur, mais celle-ci est peu, parfois pas, mobile dans la profondeur, à cause de ses adhérences plus ou moins serrées aux plans fibreux parostaux. Dans certains cas d'hygromas peu volumineux et saillants, on constate de la transparence.

La *marche* de l'hygroma est essentiellement chronique; la tumeur a une durée pour ainsi dire indéfinie, ne déterminant qu'une gêne légère, mais pouvant acquérir des dimensions énormes. La révolution spontanée est exception-

nelle, elle se fait par une sorte de sclérose progressive, de rétraction lente, ne laissant comme vestige de la tumeur qu'un noyau de consistance cartilagineuse.

En revanche l'hygroma, exposé à des traumatismes variés, est sujet à des complications, telles que la rupture, les épanchements sanguins et la suppuration.

La *rupture* se fait soit à l'extérieur, soit dans les mailles conjonctives: le plus souvent la poche ne s'oblitére pas, la déchirure se referme et l'épanchement se reproduit. Les heurts répétés provoquent fréquemment des *hémorragies* dans l'hygroma, qui se gonfle, devient douloureux, tendu, ecchymotique. A la suite de cet accident, il est fréquent de voir la poche s'enflammer et donner lieu à un phlegmon. D'ailleurs, il existe une *forme hémorragique* de l'hygroma, analogue aux pachyvaginalites, dans laquelle le sang constitue la majeure partie de l'épanchement: dans ce cas, la tumeur peut s'indurer à la longue et se transformer en une masse fibrineuse.

La *suppuration* de l'hygroma survient soit à la suite de traumatismes, soit à la suite de ces hémorragies intra-kystiques, le tableau clinique est alors celui de l'hygroma aigu (v. c. m.) qui peut se terminer par élimination des parois de la poche ou par formation de *fistules* souvent interminables.

Le *diagnostic* des hygromas chroniques n'est difficile que pour ceux développés dans les bourses séreuses profondes, en particulier, sous les muscles fessiers et psoas; et surtout quand les parois de la poche indurées donnent l'impression de tumeur solide.

Traitement. — La méthode rationnelle est l'*extirpation* de l'hygroma. Néanmoins, dans certains cas, la *ponction* suivie d'injection iodée et d'une compression énergique suffit à obtenir la guérison.

L'extirpation peut se faire de deux façons: la peau incisée, on isole le kyste sur toute sa surface et on l'énuclée sans l'ouvrir comme une tumeur; ou bien on le fend d'un coup de ciseau et on en extirpe les deux valves aussi complètement que possible.

Les adhérences, la fusion fréquente de la partie profonde de l'hygroma avec les plans sous-jacents rendent parfois impossible l'ablation complète: dans ces cas on gratte à la curette la paroi qu'on ne peut enlever.

D'ailleurs, l'*incision simple* avec *grattage* et cautérisation au chlorure de zinc à 1/10^e est une méthode qui donne également des succès.

En cas de *fistules* on abrasera la poche que l'on débride sur une sonde cannelée introduite par l'orifice même de la fistule.
G. LABEY.

HYMEN (AFFECTIIONS DE L'). V. VULVE et VAGIN (VICES DE CONFORMATION).

HYOÏDE (FRACTURES). — L'os hyoïde, demi-cerceau osseux de dimensions minimes, situé à la partie supérieure du cou, donne attache par sa convexité à une partie des muscles de la langue, à ceux qui président aux mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx, et au constricteur du pharynx. Son intégrité est donc indispensable au libre exercice de la déglutition, de la phonation et de la mastication.

Sa concavité, d'autre part, répond au pharynx, dont le séparent seulement

l'épiglotte sur la région médiane et la muqueuse partout ailleurs. La déchirure de cette muqueuse est donc fort à craindre lors de fracture de l'os hyoïde, et l'infection du foyer, presque fatale en pareil cas, en aggrave singulièrement le pronostic.

La fracture de l'os hyoïde est d'ailleurs un accident très rare. La grande mobilité de cet os, la protection qui résulte pour lui de la saillie du maxillaire, l'élasticité qu'il doit à sa division en trois segments, médian et latéraux, réunis par deux cartilages, expliquent qu'elle soit exceptionnelle. Elle est presque exclusivement l'apanage des sujets âgés, chez qui le cartilage unissant la grande corne et l'os hyoïde s'est ossifié; et elle nécessite d'ordinaire pour se produire un violent traumatisme, tentative de strangulation, très rarement de pendaison, choc direct, chute sur un corps dur et saillant. Il existerait toutefois deux cas de fracture par cause musculaire. Dans l'un d'eux, la malade, une vieille femme, avait simplement, dans un faux pas, rejeté la tête en arrière.

Le siège anatomique du trait de fracture semble presque constant. Il passe au travers de la grande corne dans le voisinage du corps. Celui-ci n'a été vu brisé qu'une fois, et les petites cornes jamais. La muqueuse pharyngienne reste rarement indemne et le foyer communique le plus souvent avec la cavité pharyngienne. Enfin, le larynx est souvent fracturé en même temps que l'hyoïde.

Symptômes. — Pour peu qu'on voie le malade au moment de l'accident les constatations qu'on peut faire ne laissent guère de place à l'erreur.

Le blessé a souvent entendu un craquement; il a ressenti une violente douleur qui persiste et s'exagère par les mouvements de déglutition et de phonation; il a eu un crachement de sang lorsque l'un des fragments a déchiré la muqueuse du pharynx.

La palpation permet de reconnaître la mobilité anormale de la grande corne qui s'éloigne parfois du corps ou chevauche sur lui. Lorsque les deux fragments sont restés en contact, la pression digitale ou les mouvements de déglutition provoquent de la crépitation. La meilleure manière de percevoir tous ces signes, c'est de placer l'index d'une main dans la bouche, jusqu'à la base de la langue, et l'autre main à l'extérieur au niveau du foyer de la fracture.

L'évolution de la fracture est parfois des plus simples: elle se consolide en trois ou quatre semaines, avec un cal plus ou moins facile à sentir. La fracture était fermée.

Le plus souvent le foyer est ouvert, la fracture compliquée. Alors survient un gonflement considérable de la région, entraînant une aggravation notable des troubles fonctionnels. La suppuration est fatale et la nécrose des fragments possible.

L'état général s'altère; la fièvre est vive, la mort fréquente: une fois sur deux environ (Fischer). Elle a pour cause la difficulté de nourrir les malades et les accidents d'infection du côté des voies respiratoires à la suite desquels les blessés, gens fort âgés, tombent dans le marasme (Peyrot).

Lorsque la guérison se fait, il persiste souvent et pendant un temps fort long une dysphagie réelle et une altération légère de la voix.

Traitement. — Il comporte en principe deux indications: réduire et maintenir en place les fragments; et, pour peu que la muqueuse pharyngienne

soit déchirée, lutter contre l'infection du foyer de fracture. Elles sont toutes les deux assez difficiles à remplir.

La réduction est fort simple; mais la contention presque impossible. Aucun appareil ne saurait la réaliser; on a cru réussir en donnant à la tête une position déterminée. Malgaigne conseillait de l'incliner en avant; Lalesque et Aubergé prescrivent de l'étendre en arrière de manière à exercer une extension permanente sur les fragments. Le résultat est si problématique qu'il vaut mieux laisser prendre au malade l'attitude qui lui agréait le plus.

Pour combattre les phénomènes inflammatoires, on utilise les antiphlogistiques locaux, et l'on recourt à la trachéotomie en cas de gonflement extrême.

Il y a peut-être mieux à faire. Déjà Peyrot a proposé l'ouverture large du foyer et la suture des fragments, dans le but de remédier à la plupart des troubles fonctionnels. Cette conduite aurait un avantage plus grand encore en permettant la désinfection large et le drainage, et je ne doute pas qu'elle améliorerait, d'une façon considérable, le pronostic, encore très sombre, de cette affection.

PIERRE WIART.

HYPERCHLORHYDRIE et **HYPOCHLORHYDRIE.** — V. GASTRIQUE. CHIMISME.

HYPERESTHÉSIE. — V. SENSIBILITÉ (TROUBLES).

HYPERIDROSE. — V. SUDORAU (TROUBLES).

HYPERMÉTROPIE. — V. OCULAIRE (RÉFRACTION).

HYPEROSTOSE. — V. EXOSTOSE.

HYPNOTISME. — Les écoles de la Salpêtrière et de Nancy avaient étudié l'hypnotisme ou sommeil provoqué à des points de vue trop différents et expérimenté sur des sujets trop dissemblables pour aboutir à des conclusions identiques. D'après Charcot il s'agissait d'une névrose provoquée que l'on pouvait identifier avec l'hystérie: hypnotiser un sujet, c'était lui donner artificiellement une attaque de sommeil (Pitres), c'est-à-dire un fragment ou un équivalent de la grande attaque d'hystérie. Cherchant à classer, en évitant toute cause d'erreur, les différents phénomènes qu'il provoquait chez les grands hystériques de son service, Charcot décrivit, en s'appuyant sur des signes somatiques fixes, indépendants de la volonté du sujet et par conséquent impossibles à simuler, plusieurs états types qui seuls méritaient le nom de *grand hypnotisme* ou d'hypnotisme scientifique et autour desquels pouvaient être groupés tous les états intermédiaires. Tous les hystériques n'étaient pas hypnotisables, mais tous les sujets hypnotisables étaient des hystériques avérés ou latents, et chez les sujets sains on ne pouvait guère obtenir que des états frustes et mal définis.

Pour l'école de Nancy (Liébeault, Bernheim, Liégeois, Beaunis), au contraire, l'hypnotisme n'aurait rien de pathologique et ne serait que la mise en activité d'une propriété normale du cerveau, la suggestibilité. « Il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a pas d'état spécial méritant ce nom » (Bernheim); il n'y a que des sujets plus ou moins suggestibles. Certains sujets deviennent plus sugges-

tibles quand on peut leur suggérer préalablement l'idée de sommeil, mais il n'est pas toujours nécessaire de le faire et les phénomènes dits hypnotiques peuvent exister sans sommeil. Presque tous les individus sains seraient hypnotisables. La proportion serait de 80 pour 100, mais en comptant les états superficiels de l'hypnose; 10 à 15 pour 100 seulement présenteraient le somnambulisme véritable (Crocq.)

En résumé, le mot hypnotisme sert à désigner pour les uns une série d'états à caractères fixes bien définis que l'on peut provoquer artificiellement chez certains hystériques, pour les autres simplement des phénomènes de suggestion que l'on peut rencontrer plus ou moins développés chez presque tous les individus.

Procédés d'hypnotisation. — On peut, en laissant de côté les procédés des magnétiseurs qui pensaient transmettre par des attouchements ou des passes une partie de leur fluide (Mesmer), les ramener à deux groupes : 1° ceux reposant sur des influences physiques : fixation d'un objet brillant (Braid), audition d'un bruit monotone ou d'un bruit violent et imprévu, compression des globes oculaires, etc.; 2° ceux s'adressant à l'imagination du sujet, en lui persuadant qu'il peut et qu'il doit dormir : tel est le cas de la technique suivante fréquemment employée.

Après avoir rassuré le malade, commodément installé dans un fauteuil ou sur une chaise longue, « je lui ordonne de me regarder fixement en concentrant toute son attention sur l'idée de fixer mes yeux. Je lui assure alors qu'il va dormir, qu'il sent l'engourdissement l'envahir de plus en plus, qu'il s'isole progressivement du monde extérieur, qu'il sent le sommeil le gagner, qu'il sent ses yeux se fermer de plus en plus.... Lorsque je vois que le sujet est sensible à l'influence de mes pratiques et qu'il va s'endormir, je lui dis avec autorité : Dormez. Je répète au besoin ces manœuvres en les variant à l'infini et en m'efforçant de convaincre le malade et sans aucune brusquerie » (Crocq.). On peut également, dès le début, pratiquer l'occlusion des yeux.

Le réveil sera obtenu soit par suggestion verbale, soit par l'insufflation sur les yeux. Il ne faut pas réveiller un sujet tant qu'il montre un trouble quelconque de la sensibilité et du mouvement et on ne doit le quitter que quand il est réveillé complètement, qu'il ne présente plus aucun engourdissement.

Souvent on n'obtient l'hypnose qu'après plusieurs séances, un sujet étant d'autant plus sensible qu'il a été soumis à des tentatives plus fréquentes. Généralement il faut qu'il soit consentant et ait le désir de s'endormir, mais ce n'est pas une nécessité; on a pu hypnotiser certaines personnes à leur insu (transformation du sommeil naturel en hypnose, par exemple), quelquefois même contre leur volonté : il s'agissait, dans ce dernier cas, de sujets très sensibles ou très entraînés.

Pitres a décrit, chez certains hystériques, des *zones hypnogènes*, de nombre et d'étendue variables, généralement symétriques, dont la pression a pour effet soit de provoquer instantanément le sommeil hypnotique ou d'en modifier les phases (zones hypnogènes proprement dites), soit de ramener brusquement à l'état de veille les sujets hypnotisés (zones hypnofrénatrices).

Phénomènes hypnotiques. — Le *grand hypnotisme* de Charcot comprenait trois états bien différenciés : la LÉTHARGIE, la CATALEPSIE et le SOMNAMBULISME (v. c. m.).

Chacun de ces trois états pouvait être déterminé directement ou survenir secondairement par transformation de l'un à l'autre : la léthargie succédant à la catalepsie par l'occlusion des paupières, la catalepsie à la léthargie par leur élévation, le somnambulisme aux deux états précédents par une pression ou une friction légère sur le vertex.

Il est rare de les rencontrer dans toute leur pureté et le plus souvent on n'obtient que des états hypnotiques mixtes ou frustes.

Il est quelquefois possible de provoquer chez certains sujets des symptômes hypnotiques limités à un seul côté du corps (hémi-somnambules, hémi-cataleptiques, hémi-léthargiques) ou de faire apparaître à la fois sur un même sujet des états hypnotiques différents d'un côté à l'autre.

D'après l'école de Nancy, les symptômes somatiques du grand hypnotisme ne seraient que des créations artificielles résultant de suggestions inconscientes. En réalité, les types décrits par Charcot existent bien, mais ils ne se montrent guère avec toute leur netteté que dans l'hypnotisme provoqué chez certains hystériques.

Les classifications de l'école de Nancy sont basées sur le degré de sommeil et de suggestibilité; Bernheim distingue 9 degrés dans l'hypnose. Ces divisions sont très artificielles.

D'une façon générale, l'hypnotisme exalte la suggestibilité du sujet. Cette propriété, quelle que soit la théorie adoptée, établit un point de contact entre cet état et l'hystérie; elle est de la plus grande importance puisque c'est d'elle que dérivent presque toutes les applications thérapeutiques du sommeil provoqué (V. SUGGESTION.)

Dans l'hypnose, le sujet se rappelle tout ce qu'il a appris antérieurement à l'état de veille et dans les hypnoses antérieures; à l'état de veille, il ne conserve aucun souvenir de ce qu'il a fait ou appris pendant le sommeil hypnotique. Telle est la règle générale, qui ne présente d'ailleurs rien d'absolu.

Pendant l'hypnose, la mémoire de rappel est souvent augmentée.

Par suggestion on peut obtenir du sujet qu'il se souvienne au réveil de tout ou d'une partie de l'hypnose; inversement on peut lui suggérer des amnésies totales ou partielles.

Thérapeutique. — Principes généraux : n'endormir personne sans son consentement, ne faire que les suggestions utiles à la guérison, n'hypnotiser certains malades que devant témoins.

Inconvénients : l'hypnotisme diminuerait la volonté et la personnalité du sujet; ce serait « le meilleur révélateur de tous les accidents hystériques, les plus grands y compris » (Richer et Gilles de la Tourette).

L'hypnotisme est surtout employé dans le traitement de l'hystérie. L'hypnose seule sera utilisée contre les attaques convulsives trop violentes et trop prolongées ou les attaques de délire bruyant, avec la suggestion contre chacune des manifestations de la névrose. On luttera d'abord contre les petits accidents, puis dans les séances successives on s'attaquera aux grands symptômes (attaques, paralysies, contractures). Dans les formes graves on a préconisé le somnambulisme prolongé pendant plusieurs jours (Wetterstrand) : le sujet accomplit exactement ce qui lui a été ordonné, boit, mange, urine, va à la selle et dans l'intervalle dort d'un sommeil profond. Il faut savoir qu'un

symptôme qui disparaît facilement pendant l'hypnose réapparaît très souvent après le réveil, et qu'en terminant il est essentiel d'obtenir un réveil complet avec une sensibilité et un pouvoir de l'attention au moins aussi grands qu'avant la séance.

L'hypnose fait partie du traitement psychologique de l'hystérie d'après la méthode de Janet (rechercher l'idée fixe primaire subconsciente ou l'état émotif primaire, point de départ de la névrose; dissocier les éléments qui composent cette idée et, quand la suggestion est insuffisante pour supprimer tel ou tel élément, faire la substitution, c'est-à-dire le transformer par une hallucination provoquée) et du traitement par la méthode du réveil cérébral de Sollier, du moins pour les cas anciens.

L'hypnotisme peut rendre des services dans un grand nombre de troubles névropathiques : chorée, tics, vertiges, incontinence d'urine, vomissements, toxicomanies (morphinomanie, dipsomanie), certains troubles vaso-moteurs (hyperidrose, hémorragies), etc. ; chez les enfants ni idiots, ni imbéciles, mais réfractaires aux procédés ordinaires d'éducation (kleptomanie, onanisme, perversion morale, onychophagie), etc. ; chez certains sujets comme procédé d'anesthésie chirurgicale ou obstétricale; enfin dans les maladies organiques en combattant les troubles de nature purement névropathique surajoutés à la lésion. Dans la neurasthénie, dans la plupart des obsessions et des impulsions, dans les psychoses, sauf dans certains délires toxiques et infectieux (délires oniriques, Régis), l'hypnotisme n'a qu'une action très douteuse. D'ailleurs, le plus souvent, il sera avantageusement remplacé par les autres méthodes psychothérapiques, persuasion ou rééducation, seules ou combinées avec l'isolement (V. DISCIPLINE PSYCHO-MOTRICE, PSYCHOTHÉRAPIE).

Médecine légale. — L'hypnotiseur pourrait profiter de l'hypnose du sujet pour commettre sur lui un attentat (certaines affaires de viol paraissent en démontrer la possibilité), pour lui suggérer un crime ou un faux témoignage.

La réalité des crimes suggérés est discutée. Pour beaucoup d'auteurs, il ne s'agirait que de crimes de laboratoire et les sujets seraient capables de résistance suivant la nature de l'acte suggéré, quand on heurte par exemple certains sentiments de morale ou de pudeur.

Les magnétiseurs non diplômés peuvent être poursuivis pour exercice illégal de la médecine (Cassation, 1901).

BRÉCY.

HYPOCONDRIE. — L'hypocondrie est un trouble mental caractérisé par des préoccupations nettement exagérées ou sans fondement relatives à la santé. Elles peuvent concerner aussi bien le fonctionnement du cerveau (hypocondrie intellectuelle) que celui de n'importe quel autre organe (hypocondrie corporelle). On ne la considère plus actuellement comme une entité morbide, mais seulement comme un syndrome; il n'y aurait plus de maladie dénommée hypocondrie, mais seulement des *états hypocondriaques symptomatiques* pouvant se manifester dans le cours de divers états psychopathiques.

Deux facteurs paraissent nécessaires au développement de l'idée hypocondriaque (Roy) : 1° une constitution psychique spéciale; 2° des troubles de la cénesthésie, sentiment que nous avons de notre existence, grâce à la sensibilité organique vague et faiblement consciente à l'état normal, qui dérive de tous nos

organes et tissus, y compris les organes des sens (Deny et Camus). Existe-t-il une hypocondrie d'origine purement psychique, sans aucun fondement organique? Cette question est encore trop discutée pour que l'on puisse donner des conclusions définitives.

Formes cliniques. — L'idée hypocondriaque se présente sous des aspects variables, en rapport avec le terrain sur lequel elle se développe; aussi est-il possible de distinguer une série de types cliniques (Ballet). Dans la *petite hypocondrie* (hypochondria minor), le malade se préoccupe de sa santé plus qu'il ne conviendrait, mais il s'agit d'une appréhension, d'une crainte, plutôt que d'une véritable conviction et il se laisse facilement convaincre, du moins pour un temps par les arguments de son médecin (neurasthéniques, certains arthritiques, dyspeptiques). Dans une forme voisine, l'idée hypocondriaque prend tous les caractères d'une *phobie*; le malade sait qu'il se trompe, mais l'obsession angoissante et tenace est plus forte que tout raisonnement (dégénérés). Dans la *grande hypocondrie* (hypochondria major) au contraire, le malade est un convaincu; la preuve de la maladie est faite et les meilleurs arguments restent sans effet. L'idée hypocondriaque est généralement plus systématisée, localisée à un organe ou à une maladie. Très proche du malade précédent, est l'*hypocondriaque délirant* chez qui la conviction n'est plus seulement fautive mais absurde (paralysie générale, démences, mélancolie).

On rapprochera de ces idées hypocondriaques délirantes, les *idées de négation*, les malades déclarant n'avoir plus d'organes, plus de cerveau, de cœur, etc., qui sont tantôt diffuses et incohérentes (paralysie générale, démence sénile, débilité congénitale — confusion mentale, délires fébriles, manie, alcoolisme), tantôt systématisées (syndrome de Cotard, mélancolie, folie hypocondriaque systématisée), le *délire métabolique* de la personnalité ou de transformation des organes, le malade croyant être en verre, en bois, en caoutchouc, etc., et la *perte de la conscience du corps* (aschématie de Bonnier, délires cénesthésiques de Raymond et Janet, *afonction de la somatopsyché* ou syndrome de Fœrster de Deny et Camus), le malade anxieux étant amené à douter de tout, de sa propre existence corporelle, comme de celle du monde extérieur.

Diagnostic. — L'hypocondrie est généralement assez facile à reconnaître; mais il ne s'agit que d'un syndrome dont on devra faire le diagnostic étiologique.

On l'observe dans la *neurasthénie* (petite hypocondrie et phobies et *l'hystéro-neurasthénie d'origine traumatique*, dans l'épilepsie) soit comme aura, soit comme équivalent de l'accès), dans les toxi-infections : *alcoolisme chronique* (par poussées aiguës, de courte durée), délires fébriles, délires toxiques, dans les *états mélancoliques* (mélancolie intermittente, mélancolie présénile), dans la *débilité mentale* (conceptions absurdes en rapport avec l'état de la mentalité), dans les démences : *paralysie générale* (surtout fréquente dans la forme dépressive. Idées hypocondriaques absurdes, mobiles et contradictoires), démence sénile, démence précoce, etc.

Enfin chez certains psychopathes constitutionnels, les idées hypocondriaques constituent la manifestation principale, sinon unique de la psychose et permettent de distinguer à côté du type du paranoïaque persécuté, celui plus rare du *paranoïaque hypocondriaque* (folie hypocondriaque, délire hypocondriaque systématisé). On a décrit des formes aiguës avec crises paroxystiques (anxiété,