

suffit pour cela de se servir des intermédiaires qui sont partout à votre disposition, je veux dire des gants ou des pinces.

Faites ainsi, Messieurs, observez-vous toujours comme je m'observerai moi-même, et surtout pénétrez-vous des préceptes que je viens de vous exposer. N'y voyez pas seulement les détails ou les perfectionnements d'un métier, mais élevez vers une aspiration plus haute vos espérances et vos pensées. Fixons ensemble nos regards vers cette grande figure de l'Humanité souffrante, qui est le seul objectif de notre art, et rappelons-nous que nos efforts doivent toujours avoir pour but et auront souvent pour récompense le soulagement d'une douleur et la guérison d'une maladie.

II

LA RACHICOCAÏNISATION

I. Sa technique. — II. Ses résultats. — III. Sa valeur. — IV. Ses indications.

MESSIEURS,

La rachicocaïnisation est à l'ordre du jour : quelques mois, deux ans à peine se sont écoulés depuis que M. Tuffier vulgarisa en France la méthode de Bier, et voici qu'un peu partout, dans la littérature médicale comme dans la presse politique, on s'en occupe et on s'en préoccupe. Elle a ses partisans acharnés, elle a aussi des adversaires irréductibles. C'est donc un devoir pour tous ceux qui ont acquis déjà une certaine expérience de publier de bonne heure leurs résultats et de laisser les faits parler ce langage qui doit seul former l'opinion.

Dès le mois de juillet 1900, je faisais à Saint-Louis et à Broca mes premières anesthésies médullaires : j'ai publié mes premiers résultats dans la *Presse médicale* du 27 octobre 1900¹. Depuis, le nombre de mes opérations s'est augmenté ; lors de la discussion qui s'est élevée à la Société de Chirurgie, je pouvais me baser sur 150 rachicocaïnisations pour défendre avec conviction une méthode qui ne m'avait donné aucun accident sérieux. Mais, depuis lors, il est vrai, j'ai observé deux cas de mort immédiate que j'ai également communiqués à la même Société, le 6 novembre dernier.

Je réunis aujourd'hui tous ces faits épars dans la littérature, et je vous apporte le résultat de 200 opérations ; ce n'est pas beaucoup, mais c'est pourtant quelque chose, et nous sommes déjà en mesure de dégager de ces documents une impression générale.

1. Legueu et Kendirdjy. *Presse médicale*, n° 89, 27 octobre 1900.

I

J'ai suivi à peu près la technique que j'ai exposée dans la *Presse médicale* ; elle est sensiblement identique à celle de M. Tuffier.



Fig. 1. — Aiguille à rachicocainisation.

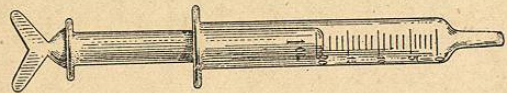


Fig. 2. — Seringue en verre de Luër.

Aiguille sans mandrin, aiguille à court biseau (fig. 1), seringue de Luër (fig. 2), voilà pour l'instrument. Cocaïne en solution au 1/100 ou au 1/50, voilà pour l'anesthésique. Mes premières injections, au nombre de 60 environ furent faites avec une solution à 2 p. 100 ; mais, une fois, un hasard de préparation me mit en présence d'une solution au 1/100. J'ai continué à me servir de cette dernière, je m'en sers encore actuellement, et je n'ai d'ailleurs remarqué aucune différence en ce qui concerne l'anesthésie et les incidents qu'elle provoque. A plusieurs reprises j'ai utilisé des solutions d'eucaine au 1/100.

L'eucaine est beaucoup moins toxique que la cocaïne, je l'ai constaté autrefois très nettement dans des expériences que j'ai faites avec le concours de mon excellent élève Lihou¹. En substituant l'eucaine à la cocaïne, j'espérais donc atténuer dans une certaine mesure les incidents qui résultent de la toxicité de l'anesthésique. Mais, à l'usage, je n'ai trouvé à cette substitution aucun bénéfice :

l'eucaine ne m'a paru présenter sur la cocaïne aucun avantage, l'anesthésie était tout aussi parfaite, mais les incidents se reprodui-

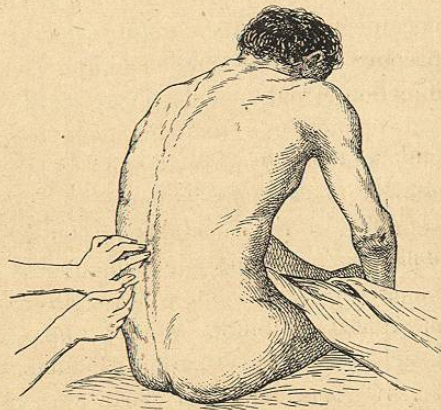


Fig. 3. — Position du malade et des mains du chirurgien.

1. Legueu et Lihou. *De l'eucaine en chirurgie*. Gaz. des hôp., 18 février 1897.

saient avec la même intensité et dans la même proportion. J'ai donc abandonné l'eucaine d'autant plus volontiers qu'il est plus difficile

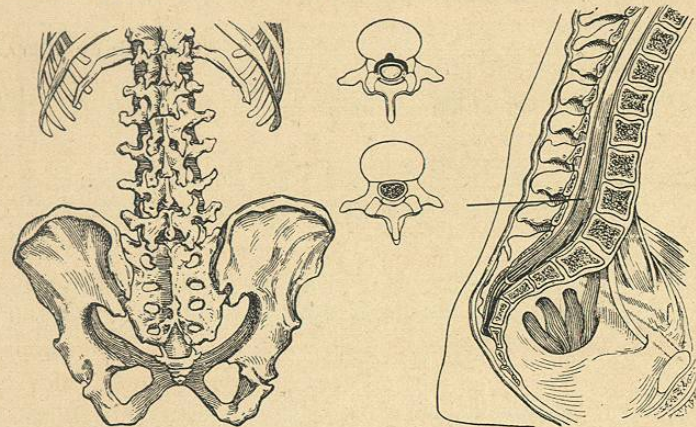


Fig. 4. — Vertèbres lombaires et ponction dans le quatrième espace intervertébral, au-dessous du cône médullaire, dans le cul-de-sac arachnoïdien (Desfosses).

de s'en procurer à l'hôpital ; et je suis revenu à l'usage exclusif de la cocaïne.

Au début, dans 70 cas environ, j'ai utilisé la cocaïne tyndalisée ; depuis j'ai utilisé la stérilisation à l'autoclave à 118°. La solution de cocaïne est préparée dans des flacons de verre bouchés à l'émeri. On prépare à la fois une dizaine de flacons : on utilise un flacon par injection et par malade.

Je ponctionne toujours dans le troisième espace intervertébral (fig. 3, 4 et 5) ; je reconnais la pénétration dans le canal rachidien à la sensation de résistance très spéciale que donne la perforation du ligament jaune. Il y a là un réel point de repère, très précis, que j'ai signalé avec Kendirdjy, et qui nous permet toujours d'affirmer que nous sommes dans le bon endroit, et que nous avons pénétré dans le rachis. A ce moment, en effet, l'écoulement du liquide s'effectue en bavant ou en jet ; quand il ne vient pas et quand je suis sûr d'être bien placé, je débouche l'aiguille

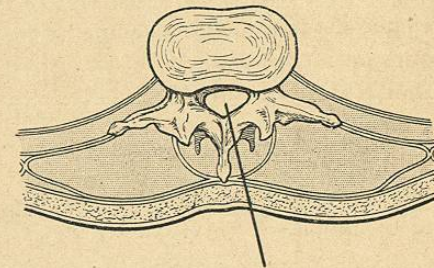


Fig. 5. — Plans traversés et direction de l'aiguille.

en poussant avec la seringue une goutte ou deux de sérum, et je vois aussitôt le liquide paraître. Depuis quelque temps, j'ai remarqué qu'il suffisait d'amorcer à l'avance l'aiguille en y faisant passer un courant liquide, pour que sa perméabilité, débarrassée de la couche d'air, permette immédiatement l'écoulement du liquide. Une fois que le liquide céphalo-rachidien s'écoule, je pousse doucement l'injection.

A cette ponction, je n'ai vu jusqu'alors aucun inconvénient sérieux, aucune difficulté réelle ; il y a sans doute des rachis plus difficiles à franchir, il y a des sujets plus gras ou plus musclés que d'autres et dont les apophyses épineuses se perçoivent moins aisément. J'en ai vu sur mes 200 cas de toutes les sortes et de toutes les variétés, puisque j'ai injecté des enfants et des vieillards. Mais si ces difficultés exposent à des tâtonnements inévitables, je serais bien étonné qu'elles constituent un obstacle réel à celui qui veut pénétrer. A plusieurs reprises, il m'est arrivé de piquer ou trop haut ou trop bas, de tâtonner un peu, de repiquer à nouveau dans un endroit que je jugeais meilleur, mais cela a toujours été rapide, et il m'a été relativement facile de trouver le bon espace.

Deux fois seulement, j'ai vu l'échec de la ponction ; j'échouai moi-même lors de ma première ponction à une époque où je n'avais pas l'habitude ni l'expérience que j'ai aujourd'hui, et je dus renoncer après plusieurs tentatives à faire l'injection. Tout récemment, un de mes internes n'a pu, lui non plus, parvenir à obtenir un écoulement de liquide céphalo-rachidien et dut recourir au chloroforme. Ce sont les deux seuls échecs de la ponction que je connaisse, et encore ne figurent-ils pas dans la statistique des 200 cas que je vous présente.

Deux fois enfin, j'ai dû piquer une racine nerveuse au cours de la ponction : deux fois, en effet, j'ai vu des malades éprouver une vive douleur, comme un éclair dans la jambe droite. Je changeai l'aiguille de place, la douleur ne dura qu'un instant, ne reparut plus et ne laissa pas de traces.

Aussi je crois pouvoir conclure que la piqûre est par elle-même facile, peu douloureuse et sans danger.

Les doses auxquelles j'ai eu recours, ont toujours été mesurées ; pour la grande majorité de ces opérations, je me suis contenté de 2 centigrammes. Deux fois, je suis allé à 3 centigrammes, et encore, dans un cas ce fut un échec : il s'agissait d'hystérectomies vaginales. Le plus souvent je me contente d'un centigramme ou d'un

centigramme et demi, et cette dose m'a été très suffisante pour faire et mener à bien des opérations dont la durée a été de quelques minutes à une demi-heure.

II

Sur mes 200 cas, je note 4 échecs absolus, j'entends des échecs d'anesthésie. Une fois il s'agissait d'une appendicite sous-hépatique ; j'avais injecté deux centigrammes ; la malade au bout de 20 minutes, sentait si douloureusement les manœuvres de la libération de l'appendice, que je dus recourir au chloroforme. Pour une autre appendicite, opérée à froid chez un homme de vingt ans, j'eus aussi un échec complet. Échec également complet pour un malade auquel j'incisais un abcès des adducteurs : l'opération fut si simple et si rapide que je ne fus pas obligé de recourir à l'anesthésie générale, mais j'ai pu m'assurer avant, et après l'opération, que la sensibilité du malade était absolument intacte ; il avait reçu un centigramme et demi. Enfin un autre malade atteint de paraphimosis a senti exactement les manœuvres de la réduction de ce paraphimosis ; ce fait est d'autant plus curieux que ce même malade fut plus tard anesthésié à nouveau pour une autre opération, et cette fois l'anesthésie fut chez lui absolument parfaite avec une même dose de un centigramme et demi de la cocaïne préparée de la même façon que la première fois.

Ce qui est particulier chez ces malades, qui n'ont retiré de l'injection rachidienne aucun bénéfice analgésique, c'est que chez trois d'entre eux au moins les vomissements apparurent pendant l'opération. Il est donc difficile de dire jusqu'à plus ample informé, le pourquoi de ces échecs ; ni le siège de l'opération, ni la dose injectée ne peuvent être incriminés dans ces observations. La cocaïne elle-même peut être difficilement accusée, puisque la même solution chez des malades différents a donné des résultats opposés. Et par contre, si le sujet seul doit faire la raison de ces différences, il est au moins curieux de voir le malade numéro 4 réfractaire à une première injection, recevoir d'une seconde application un bénéfice absolument net.

Ces faits ne sont en somme, que la grande exception, et dans tous les autres cas, j'ai noté une analgésie absolument suffisante pour pouvoir mener à bien les opérations les plus variées, portant sur la portion sous-ombilicale du corps.

L'anesthésie se produit rapidement ; je l'ai trouvée toujours com-

plète au bout des cinq ou dix minutes, qui sont nécessaires à la préparation du champ opératoire. Par contre pour les opérations dont la durée dépassait une demi-heure, j'ai remarqué souvent que les malades commençaient à sentir; l'anesthésie devenait à la fin moins complète.

L'anesthésie a été *harfaite* dans environ les deux tiers des cas : les malades n'ont rien senti et se sont livrés sur la table de l'opération à ces réflexions, à ces conversations qui font toujours l'étonnement de ceux qui assistent pour la première fois à ces sortes d'anesthésie. L'analgésie a été *imparfaite*, mais suffisante dans un tiers des cas environ. Le malade avait alors quelques sensations douloureuses qui se manifestaient pendant toute la durée de l'opération, sans gêner cependant son exécution.

L'analgésie s'étend à tous les organes; *pour la vessie*, entre autres, j'ai pu m'assurer que la cocaïne donnait aussi bien que le chloroforme l'atténuation de la sensibilité douloureuse et la diminution de la tension vésicale. J'ai pratiqué 10 lithotrities avec l'anesthésie cocaïnique, et j'ai pratiqué 5 fois la cystoscopie ou le cathétérisme des uretères avec le même anesthésique. Voici les remarques que m'ont suggérées ces opérations :

La cocaïne supprime la sensibilité vésicale aussi bien, sinon mieux que le chloroforme. Dans tous les cas, j'ai vu la sensibilité vésicale mesurée avant et après l'anesthésie, diminuer dans une notable proportion après : tel malade qui ne recevait dans sa vessie avant l'opération que 60 à 80 grammes, reçoit avec 2 centigrammes de cocaïne 150 grammes et plus. Et cela sans le concours de la morphine ni de l'antipyrine ; j'ai tenu en effet à ce que la cocaïne fut seule employée pour qu'il me soit permis de juger en toute sécurité de son influence sur la vessie.

La sensation douloureuse étant supprimée, j'ai pu toujours faire correctement les manœuvres du broiement sans que les malades en aient conscience dans une vessie tolérante et dans laquelle on ne sentait pas, ou on sentait moins ces réveils de contractilité qui gênent souvent avec le chloroforme.

Pour la cystoscopie, les manœuvres sont très simples, la sensation douloureuse a toujours absolument disparu. Une fois seulement, je n'ai pu obtenir une complète insensibilité de la vessie ; il s'agissait d'une vessie tuberculeuse, je voulais faire le cathétérisme de l'uretère, la sensibilité de la vessie était avant l'anesthésie à 60 ; elle s'abaissa après l'injection à 120 : mais au delà le malade urinait involontairement. Je

fus gêné dans mon exploration et dus recourir au chloroforme. C'est la seule fois que j'ai dû ajouter du chloroforme à la cocaïne.

Ce qui est curieux, c'est que la cocaïne atténue la sensibilité à la tension de la vessie sans la supprimer ; car pour la lithotritie, pendant les lavages et l'aspiration, les contractions reparaissent dès que la mise en tension est obtenue par une quantité de liquide suffisante, et l'expulsion du liquide se fait avec vigueur et très convenablement. La contraction de la vessie, tout en étant énergique, n'est pas douloureuse comme elle l'est souvent avec le chloroforme, je n'ai pas vu ces poussées de contraction des muscles abdominaux que l'on voit parfois avec le chloroforme. La cocaïne me semble donc agir plus sur la vessie que le chloroforme ; son action serait comparable à celle de la morphine. Et cette action a été obtenue avec des doses faibles de 1 centigramme et demi, rarement de 2 centigrammes.

Voici maintenant les accidents ou du moins les incidents que j'ai notés *pendant et après* l'opération.

Pendant : je n'ai jamais été gêné que *par les vomissements* ; ils se sont produits dans un tiers des cas, et à plusieurs reprises, pour des opérations de hernies, d'appendicite, ils ont pour un temps gêné et troublé l'acte opératoire. Au moment où les vomissements vont venir, les malades sont pâles, la pupille se dilate, il y a des sueurs froides ; le pouls est petit, ces incidents n'ont jamais été assez marqués ou assez intenses pour me causer l'ombre d'une préoccupation sérieuse. J'avais pensé un moment que les malades qui venaient à la salle d'opération après avoir mangé quelque chose seraient moins sujets aux vomissements ; et pendant quelque temps, les faits ont semblé légitimer cette supposition. Mais j'ai dû reconnaître plus tard, que les malades à jeun ne vomissaient pas plus que ceux qui avaient mangé.

Quoi qu'il en soit, ces vomissements, qui se sont bornés quelquefois à de simples nausées, n'ont jamais été durables ; ils ont persisté quelques minutes, après lesquelles ils disparaissaient, et l'opération pouvait se poursuivre sans difficultés.

J'ai noté encore dans une trentaine de cas le *tremblement des membres inférieurs*, et le *relâchement du sphincter anal* (10 fois) avec défécation involontaire ; dans les opérations périnéales, cet incident peut être très gênant ; on est obligé d'y penser à l'avance et d'en éviter les inconvénients en constipant les malades.

Après l'opération : j'ai observé des incidents *communs* et des incidents *rare*s. De ces derniers, quelques-uns ne sont peut-être pas

entièrement imputables à la cocaïne, mais pour ne rien soustraire de ce qui vient à la charge de la méthode, je les signalerai intégralement, tout en faisant remarquer comment quelques-uns ne méritent pas de figurer sur la liste des inconvénients de la cocaïne. Les vomissements, la céphalalgie, l'élévation de la température ont été signalés par tous ceux qui ont utilisé ces injections. Je n'y insisterai pas. Je dirai seulement que la céphalalgie a été entre mes mains le plus pénible des incidents post-opératoires : elle est très fréquente, je l'ai notée sur plus de la moitié des malades. Elle est, il est vrai, parfois très légère, ne durant que quelques heures : mais d'autres fois aussi elle fut plus intense, dura de deux à six jours et fut réellement très pénible avec martellement céphalique et douleur prédominante à l'occiput. C'est là le réel point faible de l'anesthésie cocaïnique, c'est celui qui m'a le plus préoccupé.

Les vomissements, au contraire ont été beaucoup plus rares après l'opération : je ne les note que dans vingt cas, et sauf dans deux

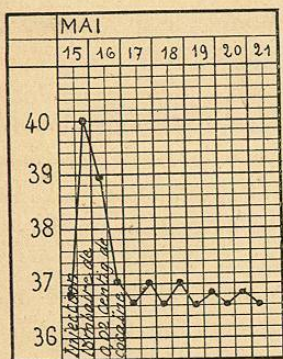


Fig. 6. — Hyperthermie cocaïnique après une taille pour calcul (2 centigrammes de cocaïne).

cas, ils ont été passagers, de courte durée. Enfin l'élévation de température est très inconstante : au début, je l'avais souvent. Je la notais 12 fois sur mes 55 premières opérations. Chose curieuse, depuis que je suis à l'Hôtel-Dieu, je n'en ai presque jamais eu : un seul malade a présenté après une taille 40° le soir, et 39° le lendemain matin (fig. 6), et on était si peu habitué dans le service à connaître ces réactions violentes, que j'eus toutes les peines du monde à persuader à mes élèves qu'il s'agissait d'une hyperthermie cocaïnique, qu'il ne fallait pas toucher au pansement, et en effet, le soir la température tombait spontanément à 37°.

Je ferai remarquer qu'autrefois j'avais recours à la cocaïne tyndallisée, que maintenant j'emploie la cocaïne stérilisée à l'autoclave : y a-t-il un rapport entre ces changements et les courbes de la température ? Je ne le saurais dire : je pose la question sans la résoudre.

Voici maintenant quelques incidents exceptionnels observés à de rares intervalles :

Une fois une *parésie des membres inférieurs* persista trois jours sans laisser de traces. De même une *rétention d'urine* dura huit

jours, complète, chez un opéré d'hydrocèle et disparut au bout de ce temps ; une autre fois, c'est l'*incontinence* que j'observai à la suite d'un curetage, l'incontinence ne dura que quelques jours.

Enfin à la suite d'une rachicocaïnisation, une malade présenta des *troubles mentaux graves* : elle délira pendant trois semaines, mais elle avait une température de 40° avant l'opération ; il s'agissait d'une infection annexielle très septique ; elle continua à faire de la fièvre malgré le drainage que je lui fis, et elle ne cessa de délirer que le jour où la température tomba à la normale c'est-à-dire au bout de trois semaines.

Je ne crois pas que la cocaïne soit en cause, pour trois raisons : le délire n'a commencé qu'au bout de trois jours ; il a fini avec la fièvre ; enfin c'était un délire d'excitation, de satisfaction, ce n'était pas la mélancolie, la dépression qu'on dit caractéristique de l'intoxication cocaïnique.

J'en arrive maintenant à des faits plus graves, qui sont venus dernièrement troubler la série jusque là fort heureuse de mes rachicocaïnisations.

Deux de mes malades sont morts tout de suite, quelques minutes après l'injection, sur la table de l'opération ; il ne s'agit donc plus de ces morts tardives, secondaires, pour l'explication desquelles on pouvait en toute conscience admettre ou discuter la part de la maladie en cours. Les morts immédiates que j'ai eues ne laissent aucun doute sur l'influence de la cocaïne chez ces malades.

Et cependant il n'y eut à incriminer aucune faute, ni du côté de l'injection, ni du côté de la dose. L'injection fut faite une fois par un de mes internes en ma présence, une autre fois par M. Frédet, chef de clinique, dans le troisième espace lombaire suivant la technique que j'ai exposée ici ; l'injection fut poussée lentement, la dose fut inférieure à 2 centigrammes.

Et la substance utilisée était bien de la cocaïne, une cocaïne non altérée. Je l'ai fait analyser : elle était intacte ; et d'ailleurs, avant comme après, la même solution m'a donné les bons résultats que je vous ai signalés.

Du côté des malades, il y a cependant des circonstances atténuantes : vous allez en juger.

Le 30 juillet 1901, on amenait à l'Hôtel-Dieu un malade âgé de cinquante-quatre ans, qui présentait une rupture du tendon du triceps gauche.

La veille, le 29 juillet, vers deux heures de l'après-midi, le malade se promenait dans la rue, lorsqu'il fut pris d'un étourdissement, perdit connaissance et tomba par terre; on le relève sans connaissance et on le transporte chez lui. Au bout de quelques heures, il revient à lui, se relève, quoique souffrant de la jambe gauche, et, muni d'un bâton, descend dans sa cave. Là, il est frappé à nouveau d'un accès apoplectiforme, tombe à la renverse et reste toute la nuit sans connaissance; on le retrouve le matin vers 6 heures, sur le dos et toujours comateux. On le remonte, on le couche dans son lit, et il revient bientôt à lui; c'est alors qu'on l'envoie à l'hôpital, le 30 juillet.

Je le vois le lendemain, 31 juillet, au matin; il est assis sur son lit, a toute sa connaissance, et n'a conservé aucune paralysie.

Je constate au niveau de la cuisse gauche, tous les signes d'une rupture du tendon rotulien au niveau de son insertion inférieure. Il fallait l'opérer.

Mais l'état général me préoccupa vivement, lorsque j'agitai la question de l'anesthésique.

C'est un individu gras jusqu'à l'obésité, au visage vultueux et apoplectique, emphysémateux; les bruits du cœur sont mal frappés, on perçoit un bruit de galop à la pointe, les artères sont athéromateuses.

Je ne me souciais pas d'endormir ce malade avec le chloroforme: alors que j'étais interne, j'avais perdu une fois un malade sur la table d'opération, il n'était pas dans de plus mauvaises conditions que celui-ci. Et j'avais l'impression que ce malade succomberait au chloroforme. Je fis part de mes craintes à mes élèves, mais nous trouvions aussi que le cas était bien mauvais pour la cocaïne.

A tort, je le reconnais, je me décidai pour cette dernière, et j'opérai le malade le 1^{er} août.

Une ponction est faite sous mes yeux par M. Braillon, interne du service; une première piqûre ne donne que du sang. Une seconde amène, après aspiration, du liquide céphalo-rachidien limpide et transparent. Le liquide ne s'écoule que péniblement, goutte à goutte et très lentement.

Injection de un peu moins de 2 centimètres cubes de la solution à 1 p. 100. Le malade est étendu sur son lit.

On prépare le champ opératoire, pendant que je finis de me laver les mains.

Je commence l'opération dix à douze minutes après l'injection; le malade est tranquille, ne dit rien, ne sent rien.

Tout à coup, pendant que j'ouvre l'articulation et évacue les caillots qui la remplissent, le malade se plaint d'étouffer, il demande à s'asseoir et pousse quelques gémissements: on l'assied; sa tête s'agite de quelques mouvements convulsifs; puis il retombe sur le lit, la face noire, il était mort. Ceci se passait trois à quatre minutes après le début de l'opération, soit un quart d'heure après l'injection.

J'aurais été heureux, il eût été très utile, de pratiquer l'autopsie; celle-ci nous fut refusée, et j'ai dû me contenter des seuls renseignements cliniques que je vous ai donnés.

Malgré la peine qu'on éprouve toujours quand on perd un malade d'anesthésie sur la table d'opération, je ne puis dire que ce cas m'ait beaucoup troublé. Nous étions si pénétrés de la gravité des circonstances, nous avions tant discuté à l'avance le pour et le contre de ces deux modes d'anesthésie, chloroforme ou cocaïne, que le résultat n'était pas fait pour nous surprendre. Je me reconnus coupable de n'avoir pas saisi que l'athérome, la congestion cérébrale chez ce malade constituaient une contre-indication à la rachicocainisation. Je m'en voulais de ne pas avoir endormi ce malade au chloroforme et je pensais en fin de compte que j'avais eu plus de torts que la cocaïne.

Je continuai donc comme par le passé et avec le même bénéfice qu'autrefois à utiliser les injections de cocaïne.

Sur ces entrefaites, un second accident est venu troubler à nouveau la série de nos opérations. Celui-ci m'a préoccupé davantage.

Et cependant je ne l'ai pas vu moi-même, car le fait s'est passé un dimanche, pendant la garde; je n'ai vu le malade ni avant ni après; et si j'insiste sur ce point, ce n'est pas pour diminuer une responsabilité que j'assume entièrement; c'est pour expliquer que les renseignements que je possède ne sont qu'indirects et de seconde main.

Le 8 septembre dernier, un malade de soixante et un ans était amené à l'Hôtel-Dieu pour une hernie inguinale étranglée.

L'étranglement datait de quarante-huit heures; la hernie était peu volumineuse, mais l'état général était très défectueux.

Il y avait eu un seul vomissement la veille, mais le facies était terreux, le nez pincé, les lèvres décolorées, la face et les extrémités étaient froides et humides, la voix voilée, presque éteinte, la langue sèche; le pouls était petit et fréquent à 140 environ et la température à 36°8. En fait, il y avait très accusé tout l'ensemble symptomatique qui traduit à distance un étranglement herniaire serré. Le malade donnait une si mauvaise impression que la religieuse de la salle elle-