

Bibliothèque numérique

medic @

**Barnier, S.. - Des paralysies sans
lésions organiques appréciables**

1857.

***Paris : Rignoux, imprimeur de
la Faculté de médecine***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1857x01x02>

2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR

L'AGRÉGATION EN MÉDECINE.

THÈSE

SUR LA QUESTION SUIVANTE :

**Des Paralysies sans lésions organiques
appréciables;**

Présentée et soutenue en avril 1857,

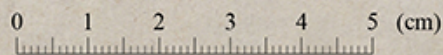
Par le D^r S. BARNIER,

ex-Interne des Hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

—
1857



JURY.

MM.

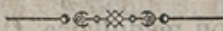
Président BÉRARD.
P. DUBOIS.
ROSTAN.
VELPEAU.
Juges DENONVILLIERS.
GUENEAU DE MUSSY.
BÉGIN.
MICHEL LÉVY.
Secrétaire AMETTE.

COMPÉTITEURS.

MM. AXENFELD.	MM. LORAIN.
CHARCOT.	MONTANIER.
CHAUFFARD.	RACLE.
DURIAU.	FHOLOZAN.
EMPIS.	BARNIER.
HERARD.	

DES PARALYSIES

SANS LÉSIONS ORGANIQUES APPRÉCIABLES.



I.

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES.

Les phénomènes par lesquels se révèle la paralysie sont trop manifestes, pour qu'elle ait pu échapper longtemps à l'attention des observateurs; aussi la trouve-t-on mentionnée dès la plus haute antiquité. Hippocrate, Arétée, Celse, Galien, Alexandre de Tralles, y consacrent des chapitres entiers, où se trouvent en germe la plupart des idées qu'on se fait aujourd'hui sur la paralysie : cause, mécanisme, physiologie, tout s'y trouve en effet avec une précision qui ne serait désavouée ni par le clinicien ni par le physiologiste de nos jours.

On a souvent répété, et je ne comprends pas ce reproche, dans des œuvres sorties de plumes vraiment savantes, que, pour les anciens, la paralysie était à elle seule la maladie, et qu'ils n'y voyaient jamais qu'une affection protopathique. Pour éviter une pareille erreur, on n'avait qu'à jeter un coup d'œil sur le chapitre où Arétée traite de la *résolution* des nerfs (l. 1, *Diut. morb.*, cap. 7); on y eût vu qu'il admet des paralysies de cause spinale et de cause cérébrale, et qu'il connaissait parfaitement

l'existence et le siège de l'entre-croisement des pyramides, et les conséquences qui en résultent : croisement des symptômes avec les lésions, dans les paralysies de cause cérébrale ; identité du côté lésé et du côté malade, dans celles qui sont sous la dépendance d'une lésion médullaire. On y eût vu encore mentionnées les paralysies générales et partielles, celles du mouvement et du sentiment (anesthésie), et, parmi les causes, on y eût retrouvé bon nombre de celles qu'on croit avoir découvertes de nos jours, telles que le froid, les alcooliques, les émotions morales, les excès vénériens, et même la gonorrhée.

Des notions plus explicites sur les paralysies, qu'il devait à ses nombreuses investigations anatomiques et à ses expériences de physiologie, se trouvent disséminées dans les œuvres de Galien ; mais, loin de se laisser entraîner, par ses recherches, à vouloir tout expliquer par une lésion saisissable, il écrit aussitôt un chapitre pour prouver que la fonction peut être détruite ou modifiée, sans que les organes soient matériellement affectés.

Il faut en convenir, des notions aussi précises ne tardèrent pas à périr après l'illustre médecin de Pergame, et, pour voir renaître ces doctrines, il ne faut rien moins qu'arriver à Boerhaave. On ne saurait trop admirer la profonde sagacité de cet auteur, et son chapitre de la paralysie renferme des vues si complètes sur la nature, la marche, les causes, le diagnostic, et les différentes espèces de paralysies, que, si je l'analysais ici, je craindrais fort de me répéter dans la suite de ce travail.

Mais il me suffit d'avoir montré, par ces quelques lignes qui précèdent, quelles sont les opinions réelles de l'antiquité sur les paralysies, et que si la triple division classique de ces désordres en symptomatiques, sympathiques et essentiels, ne s'y trouve pas formulée sous ces termes, elle y est au moins en esprit.

Cette division s'est maintenue dans la science longtemps encore après Boerhaave ; mais les conquêtes de l'anatomie devenaient de jour en jour plus brillantes, la physiologie éclairait les fonctions du système nerveux, et l'anatomie pathologique, en faisant découvrir des lésions inattendues, fit croire aux médecins que la cause des paralysies leur était désormais dévoilée. Aussi, malgré la résistance de Cullen et de Pinel, il se fit, depuis le commencement de ce siècle jusqu'aux vingt dernières années, un travail d'immense réaction contre les antiques doctrines, souvent mal jugées, ainsi que nous le montrions tout à l'heure.

Du fond de l'Irlande, s'éleva la première protestation contre cette tendance à expliquer toutes les paralysies par l'anatomisme. En 1812, Graves, de Dublin, apportait des faits contradictoires : à peine s'ils franchirent alors le détroit ; mais sa voix acquit bientôt plus d'autorité, et faites du haut de la chaire professorale, en 1832 et 1835, ses leçons sur les paraplégies essentielles provoquèrent des recherches dirigées dans le même esprit. Déjà, en 1825, M. Velpéau publiait dans les *Archives générales de médecine* des observations analogues, suivies de cas sem-

blables observés par Lobstein, MM. Rayer, Stanley, Marshall-Hall, Chomel, et grand nombre d'autres auteurs dont les noms reviendront sous notre plume à propos de chaque espèce de paralysie ; et bientôt ces observations devinrent si nombreuses, qu'entraînant les convictions de ceux qui savent mettre leur science au pas du progrès, les paralysies essentielles trouvèrent l'hospitalité dans presque tous les ouvrages classiques.

Mais, en se faisant accepter à peu près dans tous les camps, il ne faut pas croire que ce fût au même titre qu'elles furent reçues ; tandis que chez les vitalistes c'était un droit de famille, chez les organiciciens, ce n'était qu'un droit transitoire et prescriptible, s'il m'est permis d'ainsi parler.

L'idée que l'on se fait de la maladie a toujours été le reflet des doctrines médicales régnautes, et l'on peut dire qu'elle a été sans cesse corrélative de l'idée que l'on avait de la vie.

La vie est-elle un principe, la maladie sera une entité ; la vie est-elle un résultat, la maladie ne sera elle aussi que l'expression de nos organes lésés.

Quant à nous, pour nous servir des paroles de Georget, nous ne comprenons pas mieux la maladie sans lésion que les fonctions sans organes ; mais est-ce à dire que le changement matériel sera toujours visible, et, pour en revenir à notre sujet, que chaque fois qu'on aura constaté pendant la vie un trouble des fonctions nerveuses, on devra trouver sur le cadavre une lésion saisissable qui l'explique ? Non, sans doute ; mais même alors nous croyons

qu'elle existe ou a existé. On compare volontiers le fluide nerveux à l'électricité, j'emprunterai à cette dernière un mode de démonstration.

On sait, depuis les travaux d'Œpinus, de Häüy, de M. Becquerel, que certains cristaux, la tourmaline entre autres, jouissent de la propriété de s'électriser par l'action de la chaleur. Lorsqu'on chauffe une tourmaline uniformément sur tous les points de sa surface, en restant toutefois dans certaines limites de température, elle acquiert deux pôles électriques, et les conserve pendant toute la durée de l'échauffement. La polarité disparaît dès que la température devient stationnaire, et elle reparaît en sens inverse, dès que la température commence à baisser. Examinez à l'œil nu, au microscope, aux réactifs chimiques, ce cristal de tourmaline, et vous le trouverez en apparence le même, malgré ses merveilleuses modifications électriques. Mais il n'en aura pas moins subi des modifications matérielles réelles; car les physiciens sont tous d'accord sur ce point, que la chaleur dilate les corps en éloignant d'autant plus leurs molécules les unes des autres, qu'elle est plus élevée.

Ce que la chaleur fait ici sur la tourmaline pour l'électricité, ne pourra-t-elle pas le faire sur les nerfs pour le fluide qui y circule? Est-ce sortir des limites de l'induction analogique de prétendre que de simples changements moléculaires de l'élément nerveux peuvent produire des changements sensibles dans la fonction qui lui est dévolue, et réciproquement de

conclure de ces changements aux lésions moléculaires ?

Mais c'est assez, c'est trop insister sur ce point; les termes mêmes dans lesquels la question m'est posée, des paralysies sans lésions organiques *appréciables*, me prouvent surabondamment que mon opinion est conforme à celle du jury. Il est bien entendu qu'il ne peut être question ici des lésions étrangères au système nerveux.

Nous venons de montrer ce que nous entendions par cette absence de lésions; pour achever de délimiter notre sujet, il nous reste à dire le sens que nous voulons attacher au mot *paralysie*. De tout temps, nous le montrions dès les premières pages de ce mémoire, on a désigné par ce mot la perte ou la diminution isolées ou simultanées du mouvement et du sentiment; tel est encore le sens qu'on attache à ce mot. Mais ce n'est point là une définition scientifique; nous croyons pouvoir lui substituer la suivante : la paralysie est l'affaiblissement ou l'abolition de la faculté de sentir et de contracter les muscles, ou d'une seule de ces facultés (Monneret et Fleury, *Compendium de médecine*).

Avant d'aller plus loin, nous devons indiquer ici l'ordre que nous suivrons dans ce travail : dans une première partie, nous étudierons les caractères généraux des paralysies qui font l'objet de cette thèse, et que, pour abréger, il nous arrivera souvent d'appeler *essentiels*, en prenant ce mot comme ne signifiant autre chose qu'*absence de lé-*

sions organiques appréciables; dans une deuxième partie, nous indiquerons les variétés que ces paralysies présentent d'après leurs causes; enfin une dernière partie sera consacrée au traitement.

II.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES PARALYSIES SANS LÉSIONS ORGANIQUES APPRÉCIABLES.

Nous avons précédemment fait connaître quelle était notre manière de voir sur les paralysies appelées *essentielles* par un grand nombre d'auteurs; on a vu que cette désignation était pour nous équivalente au titre de ce mémoire, et c'est en les considérant de la sorte que nous avons admis cet ordre de paralysies. Avant d'aller plus loin, nous devons tâcher de prouver leur existence; une seule preuve nous paraît irréfragable. Quand on examine avec l'attention la plus scrupuleuse les organes de l'innervation chez certains sujets qui ont succombé après avoir offert pendant la vie des troubles paralytiques, il est parfois impossible de rencontrer la plus petite lésion anatomique; nerfs, moelle, encéphale, névrilèmes et méninges, tout est dans l'état d'intégrité la plus parfaite. On est bien forcé de conclure non pas à l'essentialité de la maladie, car il peut y avoir quelque chose au delà de nos investigations, grossières encore, mais à l'absence de toute lésion organique appréciable.

Je sais qu'on pourra toujours faire cette objection : qu'est-ce qui prouve que la lésion, après avoir existé pendant la vie, n'a pas disparu par le fait de la mort ou depuis elle ?

Une réponse péremptoire, je l'avoue, est difficile à faire, ce qui d'ailleurs m'inquiète fort peu, car je n'ai autre chose à démontrer que des paralysies sans lésion appréciable ; cependant voyons ce qu'il y a au fond de cette objection.

De quelle nature de lésions veut-on parler ? Ce n'est pas assurément de celles qui résultent de l'inflammation, telles qu'épanchement de lymphé plastique, fausses membranes, pus, ramollissements ou indurations, ni des dégénérescences cancéreuses ou tuberculeuses, ni des épanchements sanguins, car ces lésions ne sont pas tellement fugaces que la mort ne nous les livre à notre investigation. Que restet-il donc ? Une seule lésion, la congestion. Admettons pour un moment que cette congestion ait existé, j'aurai du moins arraché aux causes anatomiques appréciables un grand nombre de paralysies que l'on considérait, il y a peu d'années encore, comme symptomatiques de ces causes obligées. Mais comment expliquera-t-on avec l'existence de cette congestion hypothétique les mille manières d'être que présentent les paralysies que nous étudions ?

Quelques auteurs ont mis en avant une autre difficulté : les nerfs, ont-ils dit, peuvent se régénérer. MM. Virchow et Weller, de Bonn, ont soutenu cette opinion ; le fait fût-il vrai, ce qui est nié par MM. Schiff et Charles Bonaparte, qu'il ne sau-

rait s'appliquer qu'à certaines paralysies guéries longtemps avant l'investigation nécroscopique.

L'absence de lésions constatée à l'autopsie est, avons-nous dit, la seule preuve certaine sur laquelle on doit s'appuyer pour établir l'existence de nos paralysies ; mais c'est là une preuve *a posteriori*, et il importe beaucoup à la pratique de fournir les indications qui permettront, pendant la vie, de diagnostiquer une paralysie essentielle.

Nous allons, en décrivant dans les pages suivantes ce que ces paralysies offrent de spécial, tâcher de répondre à ce *desideratum* de la science.

Ces paralysies ont une physionomie particulière : début, marche, terminaisons, symptômes, résultats thérapeutiques, concomitances ou complications, voilà tout autant de points sur lesquels doit porter notre attention, en quête de signes diagnostiques.

La paralysie peut débiter de deux manières, d'une manière brusque ou lente. Le premier cas est de beaucoup le plus rare, et ne se montre guère que dans les circonstances où la paralysie succède à une attaque convulsive, hystérique, éclamptique ou épileptique. Alors le début brusque pourrait faire songer à une hémorrhagie cérébrale ; mais la marche ultérieure de l'affection viendra bientôt dissiper tous les doutes. Ce début brusque se montre encore lorsque la paralysie résulte de l'application locale de certaines causes, telles que le froid, l'humidité, la compression ; tous les jours, des hémiplegies faciales se déclarent de la sorte à la suite d'un refroidisse-

ment. Kennedy, ainsi que nous le verrons plus tard, mentionne des cas de paraplégie, chez les enfants, qui ne reconnaissent pas d'autre origine que la station assise prolongée sur un banc de pierre, Mais plus fréquemment la paralysie débute d'une façon lente et n'arrive que petit à petit à son summum d'expression ; paralysies du mouvement ou du sentiment, elles se manifestent d'abord, dans le cercle particulier de leur phénoménalité propre, par de la faiblesse et de l'incertitude dans la myotilité, des fourmillements, des crampes et des douleurs d'apparence rhumatoïde, et par les modifications les plus bizarres de la sensibilité, telles que sensation de froid et de chaleur, et parfois exaltation des sentiments de contact et de douleur (hyperesthésie, hyperalgésie).

Après une durée fort variable, ces symptômes font place aux accidents paralytiques que je décrirai plus loin.

Quand la paralysie débute avec la première forme, non-seulement elle arrive d'emblée à son maximum d'intensité, mais en général elle reste limitée aux organes qu'elle a primitivement atteints, sans aucune tendance à se propager plus loin. Rien de plus variable d'ailleurs que sa localisation et son étendue; parfois limitée à un seul muscle ou à un petit point de la peau, elle peut, dans d'autres circonstances, envahir un ou plusieurs membres, ou la surface cutanée tout entière, selon qu'elle atteint la myotilité ou la sensibilité. Une de ses formes les plus fréquentes est l'hémiplégie faciale, si bien étu-

diée par M. le professeur Bérard ; mais elle affecte aussi bien des fois les avant-bras ou les membres inférieurs, ainsi qu'on peut le voir, pour ce dernier cas, dans les mémoires de MM. Leroy d'Étiolles et Abeille. Enfin on peut la rencontrer sous forme hémiplégique, comme dans l'hystérie, et dans ces cas on devra se mettre en garde contre l'erreur qui porterait à l'attribuer à une lésion des hémisphères cérébraux.

Si la paralysie suit au contraire une marche lente, si ce n'est que petit à petit que les phénomènes paralytiques se montrent dans toute leur énergie, il arrivera fréquemment de voir la maladie envahir de nouvelles parties, de sorte qu'elle sera progressive et dans son étendue et dans son expression symptomatique.

Depuis longtemps les aliénistes avaient signalé des paralysies générales progressives avec aliénation mentale; mais, en considérant la paralysie comme une complication d'une folie antécédente, ils s'étaient éloignés de la vérité. On s'aperçut qu'il y avait des cas où la paralysie s'était montrée longtemps avant le désordre des fonctions cérébrales; ce dernier signe fut dès lors insuffisant pour caractériser l'affection. Il fallut en conséquence rechercher un autre élément qui dénonçât la maladie à toutes les époques de son évolution. Requin (*Éléments de pathologie*, 1846) donna pour signes distinctifs, d'une part, la généralisation, et de l'autre, le mode de progression de la paralysie, et proposa de l'appeler *paralysie générale progressive*. Ce nom a

été à peu près universellement accepté par les médecins, et cependant une pareille dénomination allait bientôt devenir la source d'une déplorable confusion. Des auteurs produisirent de nombreux faits de paralysies générales à marche progressive, où l'aliénation faisait défaut à toutes les périodes, et partirent de là, les uns pour renverser l'individualité de la paralysie des aliénés, les autres pour créer des affections similaires, que le trouble éventuel des facultés intellectuelles permettait seul de distinguer de cette dernière. Pour moi, je crois que, si l'on a été si longtemps loin de s'entendre, c'est que la question a été mal posée dès le début.

Existe-t-il deux affections paralytiques méritant toutes les deux le nom de progressives, où les symptômes, pris non pas un à un, ainsi qu'on l'a fait, mais dans leur ensemble, dans leur marche, dans leur mode de coordination, étant entièrement semblables, l'une sera suivie d'aliénation mentale, et l'autre non ? Je crois que les faits recueillis jusqu'à ce jour permettent de répondre par la négative, et si le temps me le permettait, en analysant pièce par pièce les observations contraires à cette opinion, il me serait facile de montrer la différence qu'ont offerte les symptômes en apparence semblables.

Ainsi que le fait observer M. Bouillaud, la paralysie générale progressive des aliénés n'est progressive que par l'augmentation d'intensité des phénomènes, et non par l'extension de la paralysie, qui, dès le début, est généralisée. C'est là la différence radicale, pour ne parler que des phénomènes phy-

siques, qui sépare la paralysie des aliénés des paralysies à marche progressive que nous allons étudier, et que je proposerai de désigner du nom de *paralysies envahissantes*, pour exprimer ce fait de l'extension du phénomène principal à de nouvelles régions.

Il est très-rare de voir ces paralysies envahissantes débiter d'emblée; le plus souvent, elles sont précédées des prodromes que j'indiquais dans un précédent paragraphe, tels que fourmillements, crampes, sensation de chaud et de froid.

Dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, ce sont les extrémités des membres qui sont atteintes les premières, et dans les circonstances rares où il en est autrement, c'est encore un point éloigné du centre nerveux, tel que la vessie ou le rectum. Une fois établie, la paralysie a une grande tendance à se propager. Cette extension peut être continue ou bien se présenter avec des intermittences plus ou moins prolongées; mais, intermittente ou non, la marche a toujours lieu de la périphérie au centre, et ce mode de progression, joint au siège des premiers accidents, est vraiment caractéristique de ces paralysies sans lésion.

La marche peut d'ailleurs être plus ou moins rapide; dans certains cas, très-rares, elle présente une telle acuité que la maladie arrive à son summum au bout de peu de jours, mais il faut suspecter ces cas foudroyants.

M. Beau vient de publier dans les *Archives générales de médecine* (1852) un mémoire sur la para-

lysie générale aiguë ; ses observations , au nombre de 7, sont prises en général (5 cas) sur des individus qui avaient la fièvre typhoïde ou venaient de l'avoir ; l'autopsie a révélé comme lésion constante un ramollissement de la substance grise des circonvolutions cérébrales : ce ne serait là pas autre chose qu'une cérébrite de la superficie.

Plus communément les progrès sont lents, et restent plusieurs mois et même un grand nombre d'années à s'accomplir. D'ailleurs rien de plus variable que le mode d'extension de la maladie : tantôt , après avoir affecté pendant longtemps la forme paraplégique , la paralysie gagne le tronc , puis les membres supérieurs ; tantôt elle s'adresse à ces derniers sans envahir le tronc , tandis que d'autres fois les extrémités thoraciques sont les premières prises, et la maladie se jette ensuite sur les membres inférieurs.

Cette marche envahissante , surtout alors qu'elle s'opère de bas en haut , fait songer souvent à une lésion ascendante de la moelle ; mais, en dehors des autres différences qui résultent de la physionomie bien étudiée des paralysies essentielles , il est une remarque diagnostique importante à faire , c'est la rareté de la paralysie de la vessie, du rectum et du diaphragme , dans ces affections envahissantes ; quelle que soit d'ailleurs la généralisation du mal , l'intelligence reste habituellement saine , et l'on a vu mourir des malades complètement paralysés avec l'intégrité complète de leurs facultés intellectuelles.

Un des caractères les plus tranchés des paralysies essentielles, c'est la variabilité remarquable des symptômes soit dans leur intensité, qui change souvent d'un jour à l'autre et même dans l'intervalle d'une heure, soit dans leur étendue, soit dans leur migration d'un point à un autre; mais, à mesure que l'affection vieillit, il semble qu'elle jette des racines plus profondes dans l'organisme, et cette extrême mobilité que je signalais cesse pour faire place à une consistance plus grande.

Quand, sous l'influence d'un traitement convenable ou des efforts de la nature, la paralysie progressive tend à la guérison, elle présente dans sa marche décroissante des phénomènes inverses de ceux que nous avons constatés dans la période de progrès; les dernières parties envahies sont les premières qui reviennent à l'état normal. Il est difficile d'assigner une durée aux affections que nous étudions dans ce mémoire; quelques espèces disparaissent d'elles-mêmes au bout de fort peu de temps; telle paralysie qu'un accès hystérique avait fait naître est guérie ou transportée en un autre point par un nouvel accès. Les paralysies envahissantes sont beaucoup plus tenaces, et souvent leur guérison n'est obtenue que par un traitement de longue durée. Quelle que soit d'ailleurs leur curabilité, elles compromettent bien rarement la vie par elles-mêmes, excepté dans les cas rares où les organes essentiels à l'existence se prennent, tels que les muscles qui concourent à la respiration, notamment le diaphragme. Le plus ordinairement, si la mort est le

terme de la paralysie, elle est moins le fait direct de cette dernière que le résultat des diverses complications que la paralysie crée ou prépare.

Mais, à côté de ce pronostic final, si je puis m'exprimer ainsi, il en est un autre à établir : quelles sont les chances de guérison que présentent les paralysies essentielles ? On ne saurait dire que les doctrines médicales n'aient qu'une valeur spéculative. Tant que l'on considéra les paralysies comme liées à des lésions bien déterminées de l'encéphale ou des nerfs, on dut professer l'incurabilité du plus grand nombre ; la lésion inamovible, dans le plus grand nombre des cas, protestait contre toute tentative thérapeutique. Une révolution s'opère dans les idées, on reconnaît aux paralysies un autre ordre de causes qui entraînent avec elles de nouvelles indications curatives. Générales ou locales, inhérentes à l'individu ou étrangères à notre organisme, ces causes mieux connues deviennent accessibles à nos moyens thérapeutiques, et le traitement du symptôme, le seul ou presque le seul qu'on essayait avec quelque espoir de succès, n'est plus qu'une œuvre secondaire. Des faits nombreux ont prouvé l'importance du nouveau courant d'idées dans lequel on est entré, et l'on peut dire que, prises en bloc, la guérison des paralysies essentielles est la règle, et la non-guérison l'exception. Cependant il est quelques circonstances qui font varier le pronostic. En premier lieu, la durée : nous l'avons déjà fait pressentir ; la marche, celle qui est envahissante étant ordinairement plus rebelle que

celle qui dès le début a atteint son maximum ; les causes, dont il sera question plus loin.

Le diagnostic des paralysies qui nous occupent est loin d'être toujours chose facile, et ce n'est souvent qu'en relevant avec attention chacun des traits de leur physionomie, en étudiant leur début et leur marche, leur siège, leur terminaison, l'état général du malade, et la nature des causes occasionnelles ou déterminantes, que l'on pourra asseoir son diagnostic avec quelque certitude. Ce qui d'ailleurs fait si souvent méconnaître l'essentialité de ces paralysies, c'est, ainsi que le fait remarquer M. Landry, l'importance trop grande qu'on attache à certains symptômes, dont on veut absolument faire la preuve de lésions organiques, encéphaliques ou spinales, tels que le début brusque, la céphalalgie, les symptômes congestifs encéphaliques, les vertiges, et la douleur rachialgique. J'ai indiqué précédemment que le début brusque pouvait en effet, dans certaines circonstances, induire en erreur ; mais, quand la paralysie débute de la sorte, il est rare que l'on ne saisisse pas la cause dont l'action vient ainsi d'être suivie immédiatement de son effet : hystérie, refroidissement, etc.... D'ailleurs la marche ultérieure ne tardera pas à lever tous les doutes.

La céphalalgie n'a pas une valeur plus grande ; tout le monde sait en effet la fréquence de ce symptôme dans la chlorose, la chloro-anémie, certaines hystéries, et dans cet état vague qu'on nomme état nerveux. Cette douleur est ordinairement périodique, à forme névralgique ; mais d'autres fois elle

est constante, et tellement marquée, qu'elle empêche tout exercice de l'esprit et du corps, et fait croire, dans ces cas, à une affection organique. On peut lire, dans un mémoire de M. Ahswell (*Gazette médicale*, 1838), des faits de cette nature qui ont été très-bien appréciés par cet auteur. Mais alors il est rare que la paralysie soit isolée, et d'autres phénomènes nerveux, ainsi que l'état général du malade, mettront sur la voie de la nature des phénomènes observés.

Les symptômes de congestion encéphalique ne sont pas rares chez les personnes nerveuses, anémiées ou chlorotiques, et chacun sait combien il est important de se mettre en garde contre ce masque trompeur dont se couvre souvent la diminution des globules du sang, et combien serait irrationnelle une thérapeutique fondée sur ce symptôme, considéré comme le signe d'une hyperémie cérébrale. J'en dirai autant des vertiges et des étourdissements, si communs chez une foule de malades; tout le monde connaît ces singuliers vertiges dépendant d'un mauvais état des voies digestives, sur lesquels M. Bretonneau a appelé l'attention. Lorsque, dit M. Marchal, de Calvi (*Arch. gén. de méd.*, 1846), on a vu la prosopalgie déterminer des attaques épileptiformes, peut-on s'étonner qu'elle produise de simples étourdissements?

Quant à la douleur du rachis, elle a été, sans aucun doute, une cause féconde d'erreurs de diagnostic dans les paralysies. Ce phénomène a été bien étudié par M. Mesnet, dans sa thèse inaugurale sur

la paralysie hystérique ; il fait observer que le point douloureux siège très-rarement sur l'épine même, mais en dehors, que souvent il est complètement subjectif, sans que la pression, l'éponge mouillée d'eau chaude, les coups, puissent l'augmenter ; que parfois ce n'est que de l'hyperesthésie, et qu'il est possible de rencontrer en d'autres endroits, soit vers la région vertébrale, soit sur le thorax ou les parois abdominales, de semblables points douloureux. D'ailleurs, alors même que cette rachialgie ressemblerait beaucoup à celle de la myélite, il faudrait encore être réservé ; car l'autopsie, dans ces circonstances, pourra faire constater l'absence de toute lésion, ainsi que M. Landry en rapporte un exemple. Enfin il faudra consulter, dans ces cas douteux, les urines, qui, dans les affections de la moelle par compression, ramollissement ou inflammation, deviennent très-promptement alcalines, et laissent déposer des phosphates terreux, ainsi que le démontrent les D^{rs} Proust et Hankel.

Ai-je besoin de dire que certains troubles de l'intelligence peuvent se montrer sans lésions appréciables ? Qui ne sait que l'hystérie donne lieu parfois à du coma, de la léthargie, du délire ? Qu'est-ce que le délire nerveux de Dupuytren, si ce n'est une névrose ? Le trouble cérébral ne saurait donc à lui seul, par son union avec la paralysie, fût-ce même une hémiplegie, ainsi que l'a vu Sydenham dans l'hystérie, enlever à celle-là son essentialité.

J'ai tâché, dans les considérations générales établies ci-dessus, d'indiquer à grands traits le facies

sous lequel se présentent les paralysies essentielles; mais cette étude n'a pu jusqu'ici être tracée que d'un point de vue élevé, afin d'embrasser, dans ce qu'elles avaient de commun, les différentes formes de ces affections. Nous allons pénétrer plus avant dans notre sujet, et nous verrons que le travail qui nous reste à faire va nous découvrir de nouveaux filons, où le diagnostic et la pratique puiseront des renseignements précieux, ainsi que l'a déjà fait la physiologie.

Nous allons étudier successivement et en particulier les caractères spéciaux des paralysies essentielles du mouvement et du sentiment.

Paralysies du mouvement. Les paralysies musculaires peuvent avoir un début prompt, et arriver de suite à leur parfaite expression; mais le plus souvent elles affectent la marche progressive dont nous avons parlé dans les généralités, et ce n'est qu'après avoir passé par une série de troubles prodromiques qu'elles s'établissent définitivement. Les auteurs se complaisent à décrire les mille sensations que les patients éprouvent au commencement de leur maladie: ce sont des roideurs dans les doigts ou dans les orteils, qui parfois semblent comme gonflés; quelques malades croient sentir, ainsi que le fait remarquer M. Henry Hunt, de Darmouth, ces parties serrées comme avec des fils métalliques. Le désordre gagne de proche en proche, et se caractérise de plus en plus dans les points les premiers envahis; quelquefois cependant de nombreux points

sont pris, avant que la paralysie ne soit mieux caractérisée : ce sont ces cas qui ont pu faire songer à la paralysie progressive des aliénés. Il est très-important de veiller à ces premiers symptômes, parce qu'ils sont les précurseurs d'accidents plus graves.

Si la paralysie débute par les viscères, l'expression incomplète qu'elle revêt pourra longtemps la laisser passer inaperçue. Ce sera en effet un jet d'urine moins fort, interrompu, ou bien un besoin plus fréquent d'uriner, si c'est la vessie qui est prise ; une impuissance incomplète, une trop rapide émission séminale, des pollutions involontaires, si ce sont les organes génito-urinaires.

Puis la paralysie se prononce davantage, et l'on voit apparaître les symptômes qui la caractérisent. Du côté des membres, l'impossibilité de les mouvoir : « *Impotentia mirabilis exercendi motum,* » comme dit Boerhaave ; du côté des viscères, des troubles fonctionnels, consistant soit en une rétention des matières qu'ils contiennent, soit en leur évacuation trop prompte et involontaire. Nous ne ferions que répéter ce qui se trouve écrit dans tous les ouvrages classiques, si nous montrions la paralysie dans chacun des points qu'elle peut envahir ; il ne peut être question ici que de ce qu'il y a de spécial dans les paralysies nerveuses.

Les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'il est rare que la perte du mouvement soit absolue, qu'il y ait paralysie exquise, pour parler comme les anciens. Parmi les malades, les uns ne sont pas solides sur leurs jambes, les pieds tournent d'un côté ou

d'autre, le plus souvent en dehors; d'autres se fatiguent facilement; après quelques pas, ils sont obligés de s'arrêter comme s'ils avaient dépensé tout leur influx nerveux; ils vacillent, s'affaissent sur eux-mêmes, ou bien vont de droite à gauche ainsi que des gens ivres; enfin on en voit qui traînent la jambe et ont la plus grande peine à lui imprimer des mouvements normaux. Plus tard le mal fait des progrès, et cette marche sautillante, quasi-choréique, des paraplégiques commence à se montrer; c'est un degré de plus dans l'affection qui à son tour fera place à l'impotence.

Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui ne peuvent plus marcher, et qui cependant, une fois couchés, exécutent assez bien les mouvements de jambe qu'on leur commande; ce qui prouve que l'influx nerveux est plutôt diminué qu'aboli.

Dans les mains, c'est par une précision moins grande dans les mouvements, par des sentiments de roideur et d'engourdissement, par la difficulté de produire certains actes habituels, que se manifeste la paralysie mal dessinée encore; enfin elle se caractérise, et comme, à partir de ce moment, il ne peut plus y avoir d'erreur, nous nous arrêterons ici sur ce sujet. Il est très-rare que la paralysie des muscles d'un côté de la face s'établisse progressivement; d'habitude elle se montre d'emblée, ainsi qu'on peut le voir dans les observations du D^r Castara. La langue est très-rarement prise dans nos paralysies essentielles, et, si la phonation est abolie, elle est plutôt le résultat de la paralysie des muscles laryn-

giens que de celle de cet organe. D'ailleurs, dans les cas où la langue est véritablement paralysée, elle ne présente pas ces mouvements vermiculaires, cette témulence de la paralysie des aliénés; c'est plutôt une impossibilité de la mouvoir qu'une incertitude de ses mouvements.

La déglutition a été parfois empêchée; enfin on signale des cas très-rares où les masticateurs étaient atteints. M. Duchenne de Boulogne a publié des observations curieuses de paralysies du diaphragme, et je regrette de n'avoir pas de place à donner à l'étude des singuliers phénomènes que produit cette affection.

Une des particularités des paralysies du mouvement qui nous occupent, c'est de se localiser parfois dans un point extrêmement limité, un muscle seul et même un seul faisceau musculaire. Nous voyons de ces cas dans la paralysie du releveur de la paupière supérieure, suite de syphilis, dans celle des muscles de la main et du deltoïde, dont un des premiers exemples a été signalé par M. Marchesaux. Les paralysies essentielles affectent aussi de préférence certains points de l'économie: ainsi les extenseurs sont atteints, de préférence aux fléchisseurs, aux mains et aux pieds, et tandis que la paralysie a enchaîné un groupe de muscles, on peut rencontrer à côté un muscle qui, bien qu'animé par le même nerf, aura été respecté. Le long supinateur, au dire de M. Duchenne, serait toujours libre dans les paralysies des avant-bras de cause saturnine.

B.

4

Il n'est pas rare de voir les paralysies de nature organique se compliquer de contracture ; ce fait se présente beaucoup plus rarement dans les paralysies essentielles ; il faut cependant faire une exception pour l'hémiplégie faciale, ainsi que le démontrent les recherches de l'auteur que nous venons de citer. Les lésions nutritives des parties affectées de paralysies idiopathiques sont en général rares et tardives quand elles se présentent : ainsi il est fréquent de voir des femmes hystériques, paraplégiques depuis longtemps, dont les membres ont conservé leur volume, leur embonpoint et leur température normale. Cependant certaines paralysies entraînent rapidement des modifications dans l'état des parties ; celles qui résultent de l'intoxication saturnine sont de ce nombre : ce fait est déjà signalé par Boerhaave. Nous verrons que certaines paralysies des enfants jouissent de ce triste privilège. Nous ne pouvons d'ailleurs ici entrer dans des détails plus circonstanciés, qui seront mieux placés dans le chapitre où nous traiterons en particulier de chaque paralysie selon les causes.

On démontre, en physiologie, que quatre conditions sont requises pour la parfaite exécution des mouvements : la conservation de l'empire de la volonté, qui réside dans le cerveau ; l'intégrité des fonctions médullaires, où s'élabore l'influx nerveux ; celle des nerfs, dans lesquels il circule ; et, en quatrième lieu, la conservation de l'irritabilité musculaire. On peut donc, en théorie, admettre quatre sortes de paralysies des mouvements : para-

lysis d'origine cérébrale, spinale, nerveuse et musculaire. Dans les paralysies organiques, cette localisation de la cause paralysante peut se faire dans certaines circonstances, car les signes par lesquels la lésion se révèle sont parfois assez tranchés; mais en est-il de même dans celles où la lésion est inappréciable?

Quelques auteurs, en s'appuyant sur l'expérimentation électrique, ont répondu par l'affirmative. Le premier qui se soit occupé de ce sujet est M. Marshall-Hall, et voici comment il a formulé le résultat de ses expériences. Dans toute paralysie de cause cérébrale (il a soin de faire observer que cela ne signifie pas de cause organique), l'influence seule de la volonté est supprimée, celle de la moelle allongée et épinière est au contraire conservée; d'où il suit qu'on a encore : 1° des mouvements par émotion; 2° des mouvements liés à la toux, au bâillement, etc.; 3° des mouvements diastoliques, 4° une augmentation de l'irritabilité hallérienne, 5° enfin une augmentation de l'action de la strychnine. Le cerveau, par ses actes de volition, tend à épuiser l'irritabilité musculaire; de là la conséquence déjà indiquée de l'augmentation de cette propriété du muscle par l'interception de la puissance volontaire. La moelle est le foyer où s'élabore l'irritabilité musculaire; les lésions anatomiques ou fonctionnelles de ce centre nerveux éteindront en tout ou en partie la contractilité électrique.

Si ces principes étaient vrais, on le voit, le diagnostic des paralysies spinales et cérébrales devien-

drait d'une extrême facilité; malheureusement il n'en est rien. M. Duchenne, qui partage sur ce point, en grande partie, les idées du physiologiste anglais, cite un cas fort remarquable, avec autopsie, de lésion médullaire où l'irritabilité était conservée. On doit faire remarquer ensuite qu'alors même que la loi indiquée par M. Marshall-Hall fût vraie, elle ne saurait suffire au diagnostic. En effet, on rencontre des cas, et ils sont aujourd'hui très-nombreux, où l'irritabilité musculaire est abolie, sans qu'on puisse invoquer une suspension de l'action de la moelle. Certaines hémiplegies faciales, d'origine rhumatismale, sont dans ce cas, comme on le voit dans l'ouvrage de M. Duchenne. Dirait-on que le plomb a porté primitivement sur la moelle, quand nous voyons son action se localiser dans les extenseurs des doigts ou de la main; et l'on sait cependant que l'irritabilité musculaire est abolie dans les paralysies saturnines.

Quant à nous, nous nous rangeons à l'opinion de M. Longet; nous pensons que l'irritabilité hallérienne est une propriété inhérente aux muscles, et que pour se manifester, elle demande que les conditions de nutrition du muscle soient conservées. Or quelles sont les sources où les muscles vont puiser les aliments de leur vie propre: le sang et l'influx nerveux sensitivo-organique.

Empêchons l'abord du sang ou bien altérons la composition de ce liquide, et la nutrition musculaire souffrira; détruisons la moelle, qui est le foyer d'où s'échappent les effluves vivifiantes de la sensi-

bilité organique; entravons, par la destruction d'un nerf mixte (je dis d'un nerf mixte, car la destruction d'un nerf purement moteur ne détruit pas l'irritabilité musculaire), la marche de l'influx nerveux, et la nutrition du muscle sera en souffrance. Eh bien, dans toutes ces circonstances, vous verrez bientôt l'irritabilité musculaire s'éteindre : ainsi en sera-t-il dans les paralysies suite des pertes sanguines très-abondantes; dans les paralysies chlorotiques, où le sang a subi de si profonds changements; ainsi dans les paralysies saturnines, où l'on ne peut nier l'altération de la nutrition des muscles, quand on voit leur rapide émaciation.

Maintenant, comme contre-épreuve, considérons ces paralysies suite de névroses, telles que l'hystérie, l'hypochondrie, la catalepsie. Dans ces cas, avons-nous dit, les membres conservent leur aspect normal; eh bien, vous trouverez que l'irritabilité musculaire est parfaitement conservée.

Que conclure de tout cela? Le voici : l'état de l'irritabilité musculaire n'est que la mesure de l'état de la nutrition du muscle; il ne saurait par conséquent par lui-même indiquer le lieu où réside la cause anatomique ou fonctionnelle de la paralysie.

Est-il possible d'établir quelques principes relativement au pronostic basé sur la perte ou la conservation de l'irritabilité musculaire? Je dois répondre par la négative. Si j'avais eu plus de temps et d'espace, j'aurais voulu, avant de finir ce qui a trait aux paralysies musculaires, dire quelques mots du diagnostic, du symptôme en lui-même; mais je

ne regrette que médiocrement cette lacune, car, symptomatique ou essentiel, le phénomène paralysie se révèle de la même manière, son étude se trouve toute faite dans les ouvrages classiques. Qu'il me suffise de mettre en garde contre l'erreur qui le ferait confondre avec la contracture, la rétraction, et les diverses immobilisations causées soit par la douleur, soit par l'inflammation du muscle.

Paralysies du sentiment. Il est incontestable qu'il y a des paralysies essentielles des sens spéciaux, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, et du goût. Je ne répéterai pas ici les preuves sur lesquelles nous nous sommes appuyé précédemment pour démontrer cet ordre de paralysies en général, et qui sont complètement applicables à ces paralysies en particulier. Comme nous n'avons pas l'intention de nous étendre longuement sur ces dernières, nous nous bornerons à la remarque suivante : c'est qu'alors même qu'elles se développeraient au milieu de circonstances qui plaident en faveur de leur essentialité, il ne faut pas se hâter de conclure à l'absence d'une lésion organique. Tout le monde connaît l'exquise perfection que les sens, ceux de la vue et de l'ouïe en particulier, demandent dans leur état anatomique, afin de fonctionner intégralement ; ils pourront par conséquent être fort souvent troublés par suite de lésions que la difficulté de l'exploration ne permettra pas toujours de constater. Ceci est encore vrai pour l'organe de l'ouïe ; c'était vrai, il y a peu de temps encore, pour celui de la vue, avant que la décou-

verte de l'ophthalmoscope ne vint nous permettre de lire, en quelque sorte, à livre ouvert, dans les milieux et sur le fond de l'œil.

Pour tous les auteurs jusqu'à ce jour, les amauroses albuminuriques et diabétiques étaient essentielles. L'ophthalmoscope vient de prouver que dans les cas où la perte de la vue est déjà un peu ancienne, il y a des lésions parfaitement appréciables et qui paraissent constantes; la principale consiste en épanchements autour de la papille du nerf optique. Ce fait, dont je dois la connaissance à M. Desmarres, se rencontre aussi bien, selon cet auteur, dans les amauroses albuminuriques que dans celles qui résultent du diabète, bien que quelques auteurs allemands continuent à ranger ces dernières parmi les paralysies essentielles. Ces faits ont sans doute besoin de contrôle, mais il faudra désormais en tenir compte. Maintenant ai-je besoin de dire quels sont les caractères de ces paralysies nerveuses? Ils seront puisés dans le début, dans la mobilité du phénomène, dans ses changements brusques en bien ou en mal, dans son alternance avec d'autres phénomènes nerveux, et surtout dans l'appréciation de l'état du malade et des circonstances au milieu desquelles ces paralysies se sont développées.

J'arrive à la paralysie du sens du toucher. Pendant longtemps, les physiologistes avaient considéré ce sens comme unique; depuis les travaux de Gerdy, il a été décomposé en un grand nombre d'autres. Ainsi, pour l'auteur que nous venons de nommer, la peau appréciait par tout autant de sens

spéciaux, le contact, le chatouillement, la chaleur, la résistance, l'humidité, etc. Ce nombre a été restreint par Muller, qui a démontré que le chatouillement n'est pas autre chose que la sensation de toucher, résultant d'une série de petits chocs très-rapprochés. M. Landry a repris cette étude, et dans un mémoire (*Rech. physiol. et pathol. sur les sensations tactiles*) plein d'idées neuves, d'expériences délicates et de faits pathologiques cités à l'appui de ses opinions, a posé les conclusions suivantes, que nous partageons entièrement. 1° Un grand nombre de phénomènes tactiles ne méritent pas le nom de *sensation*, car celle-ci n'est que la perception non raisonnée des modifications spéciales que les agents extérieurs impriment aux nerfs de sentiment; tandis que certains de ces phénomènes que l'on a appelés sensation de consistance, de sécheresse, de poli, de rugosité, d'étendue et de mouvement, ne sont que des notions complexes obtenues par une opération intellectuelle. 2° Il n'existe réellement que trois sensations cutanées primitives: celles de *température*, de *douleur* et de *contact*; de cette dernière, dérivent les sensations secondaires de *pression*, de *vibration* et de *chatouillement*. 3° La sensibilité générale ne diffère pas du tact, quant à la nature de ses phénomènes essentiels; 4° il existe une sensation primitive ou spéciale d'activité musculaire, par laquelle nous avons conscience de la contraction de nos muscles.

L'observation clinique a confirmé en tous points ces données de la physiologie, aussi allons-nous par-

courir rapidement les paralysies dont chacun de ces sens peut être affecté.

De l'analgésie. La séparation du sens de la douleur et du contact faite au lit du malade revient à M. Beau, à qui l'on doit sur ce sujet un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine* en 1848; un de ses élèves, M. Delacour, a recueilli son enseignement dans une thèse ayant pour titre *de l'Analgésie*. Depuis lors ces faits sont devenus monnaie courante, et l'on peut en lire de nombreuses observations dans les thèses de MM. Besançon, Mesnet, et dans le mémoire de M. Landry que nous citons tout à l'heure.

La plupart des individus qui sont atteints d'analgésie n'en soupçonnent pas l'existence; c'est au médecin à rechercher cet accident, qu'il reconnaîtra à l'impassibilité avec laquelle les patients supportent les impressions qui, dans les circonstances habituelles, auraient provoqué de la douleur. Je n'ai pas à indiquer ici les moyens et les précautions qu'il faut prendre pour constater ce phénomène; ils sont connus de tout le monde. L'analgésie peut occuper la surface de nos organes ou s'étendre plus ou moins profondément, de même qu'elle peut occuper en superficie une étendue très-variable.

De tous les accidents paralytiques dont nous nous occupons, l'analgésie est le plus variable. Tantôt unie aux symptômes d'une paralysie envahissante, elle parcourt successivement les mêmes organes, la précède d'ordinaire, ainsi que le fait remarquer

M. Delacour, et subsiste encore alors que le mouvement est revenu; d'autres fois, et le plus souvent, c'est un phénomène isolé, qui ne s'accompagne même pas de la perte des sensations de contact et dure un temps illimité. Son siège n'a rien de fixe; cependant elle affecte de préférence la face dorsale des mains, des bras, la face externe et antérieure de la cuisse et des jambes, la région dorsale de la colonne vertébrale, où très-souvent elle se complique d'hyperesthésie. Un des caractères les plus tranchés de cette paralysie est de changer très-fréquemment de place, et de disparaître par moment pour faire place à d'autres phénomènes nerveux, tels que l'hyperesthésie ou l'hyperalgésie. De pareils faits ne se montrent jamais dans les affections organiques des centres nerveux; leur existence mettra de suite sur la voie du diagnostic. Quant à son pronostic, il se déduit naturellement de ce qui vient d'être exposé; il n'offre rien de sérieux, et sa présence dans les paralysies de mouvement, en indiquant la nature de ces dernières, peut faire espérer leur prompt guérison.

Anesthésie. Ce mot de création fort ancienne, car il se trouve dans Arétée et Galien, montre que de tout temps on avait connu la perte isolée du sentiment; mais ce n'est que depuis quelques années qu'il a pris une signification plus restreinte et qu'on s'en sert pour désigner la perte du sens du contact. Elle peut exister seule, venons-nous de dire, mais plus souvent elle s'unit à la paralysie du mouve-

ment, qui la précède, et semble, ainsi que le fait remarquer M. Beau, indiquer une intensité plus grande dans la cause paralysante. L'analgésie peut se montrer avec la conservation du tact; il est beaucoup plus rare de trouver l'anesthésie avec la persistance du sens de la douleur. C'est après l'analgésie l'altération la plus fréquente du sentiment; quant à son étendue, sa forme, son siège, je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai exposé en parlant de l'analgésie. Ai-je besoin de m'étendre sur les conséquences physiologiques de l'anesthésie, de montrer les entraves qu'elle apporte dans la marche, dans la préhension, dans l'appréciation du volume et de la forme des corps? Montrerai-je les résultats de l'anesthésie dans les viscères, tels que la rétention d'urine dans la vessie, qui a cessé de sentir le liquide qu'elle renferme? Il sera facile de suppléer à mon silence.

Perte du sens de température. Je serai très-court quant à ce qui concerne cette paralysie, car elle se montre très-rarement d'une façon isolée; cependant, depuis Darwin, quelques faits sont venus prouver l'indépendance physiologique de ce sens, en prouvant qu'il pouvait être seul perdu. Au rapport de M. Delacour, M. Champion a vu un soldat qui, anesthésié de toute une moitié du corps, à la suite du choléra, percevait néanmoins les différences de température. M. Delacour parle d'un jeune homme, privé de sensibilité d'un côté du corps, chez qui l'application d'objets froids déterminait de vi-

ves douleurs. A ces faits, joignons ceux d'hémiplégiques qui, mis au bain, sentent d'un côté les ondulations du liquide, sans percevoir la chaleur de l'eau (Beau, Mesnet, Besançon, Landry). L'abolition de ce sens, quand elle se présente isolée, n'a d'autre signification, à notre point de vue, que d'indiquer qu'on a affaire à une affection essentielle.

Paralysie du sens d'activité musculaire. Si la clinique n'était venue fournir la démonstration de ce sens spécial, il pourrait être rangé au nombre des hypothèses physiologiques qui attendent encore leur preuve. Aujourd'hui, quelle que soit l'idée qu'on se fasse sur sa nature, son siège intime cérébral ou musculaire, on ne peut plus nier son existence. A M. Landry revient l'honneur d'avoir publié les premières observations; son mémoire a été inséré dans les *Archives générales de médecine* de l'année 1852. Depuis il a ajouté de nouveaux faits aux premiers et a pu écrire une monographie fort intéressante sur ce point.

Voici, car je ne saurais entrer dans de longs détails, comment l'auteur résume les signes fournis par cette espèce de paralysie : « Inconscience de la position des membres, des mouvements passifs et actifs et de leur étendue et de leur énergie; défaut de perception du poids, de la résistance et de la consistance (fluidité, solidité); manque de coordination des mouvements, impossibilité de les proportionner; contraction volontaire intacte, rapide, éner-

gique, et accompagnée d'un sentiment de légèreté des membres; conservation de l'irritabilité musculaire.»

Cette paralysie peut porter isolément soit sur les membres supérieurs ou inférieurs, soit sur les quatre à la fois, et revêtir parfois une marche ascendante. Dans les 8 cas que renferme le mémoire de M. Landry, la perte du sentiment d'activité musculaire s'est accompagnée cinq fois de la diminution ou de l'abolition des sensations de contact, quatre fois de l'analgésie, et trois fois de l'analgésie et de l'anesthésie simultanément. L'amaurose a été aussi une remarquable complication, signalée quatre fois à divers degrés; dans tous les cas, elle était double.

Quant aux circonstances au milieu desquelles la maladie s'est développée, elle a coïncidé deux fois avec la chlorose, deux fois avec l'hystérie; dans deux autres cas, avec un état d'épuisement général, causé par des pertes séminales, de la dyspepsie, des privations et des chagrins.

De toutes les formes que la paralysie essentielle peut revêtir, elle a paru être la plus tenace et la plus rebelle aux moyens thérapeutiques.

Une seule observation a été complétée par l'autopsie, qui a permis de constater certaines lésions dans les méninges spinales; ce fait isolé ne saurait détruire la légitime présomption de l'essentialité du désordre qui nous occupe, surtout quand on a soin de le rapprocher des phénomènes nerveux qui l'accompagnent d'habitude et des états morbides au sein desquels il se développe.

Postérieurement au premier travail de M. Landry, M. Duchenne de Boulogne, dans une note communiquée à l'Académie des sciences en 1854, a décrit à côté du sens d'activité musculaire, une nouvelle propriété à laquelle il a donné le nom de conscience musculaire : « Il ne faut pas, dit-il, confondre la conscience musculaire, qui, dans l'acte des mouvements volontaires, semble précéder et déterminer la contraction, avec la sensation que donne le sentiment de la pesanteur, de la résistance, etc., et qui a été appelée sens musculaire par Ch. Bell, et, plus justement par Gerdy, sensation d'activité musculaire ; cette dernière est le résultat ou le produit de la contraction musculaire. La conscience musculaire peut exister indépendamment de la sensation d'activité musculaire ; elle est nécessaire à la contraction musculaire volontaire et à la cessation de cette contraction. Cependant le sens de la vue est l'auxiliaire de la conscience musculaire, qu'il peut suppléer. La perte simultanée de la conscience musculaire et du sens de la vue produit nécessairement la paralysie des mouvements volontaires. »

Avant d'aborder l'étude des paralysies essentielles envisagées d'après leurs causes, je veux, en quelques lignes, justifier l'importance et les développements que j'ai donnés à cette première partie de mon travail. La physiologie moderne a fait connaître, dans le domaine des fonctions cérébro-spinales, un grand nombre de faits nouveaux, les uns incontestables et acceptés par tout le monde, les autres encore contestés. J'ai dû, en tant que cela avait

trait à mon sujet, exposer les uns et prendre un parti sur les autres, quand j'ai pensé pouvoir le faire; parce qu'ayant, dans le cours de ce mémoire, à recourir souvent aux données de la physiologie, soit pour expliquer certaines paralysies, soit pour en pénétrer la nature, il était bon avant tout d'indiquer la base sur laquelle je devais m'appuyer.

En second lieu, nous ne pouvions vraiment saisir les traits particuliers qui font des paralysies essentielles une famille, demandant sa place dans la nosologie, qu'en étudiant celles-ci dans leur ensemble. Nous allons maintenant parcourir les paralysies d'après leurs causes, ce qui constituera tout autant de variétés différentes; et l'on ne tardera pas à s'apercevoir de la légitimité des caractères que nous avons assignés aux paralysies essentielles, car ceux-ci ne pouvaient être que la synthèse de ce que chaque fait présente isolément. N'est-ce pas ainsi que se fait et doit se faire la science, depuis l'établissement de la méthode philosophique due à l'illustre auteur du *Novum organon*?

III.

DES PARALYSIES ESSENTIELLES ENVISAGÉES D'APRÈS LEURS CAUSES.

Les circonstances au milieu desquelles les paralysies essentielles peuvent se développer sont très-nombreuses, mais il n'est pas toujours facile de démêler l'influence qu'elles ont pu avoir dans la genèse

de ces affections. Il ne suffit pas, en effet, qu'une maladie suive chronologiquement un fait pour qu'on soit en droit d'y voir de suite une relation de cause à effet; on sait combien, dans la science, on a abusé de ce paralogisme: *Post hoc, ergo propter hoc*.

Ces difficultés se montrent plus qu'ailleurs dans notre sujet, parce qu'ici la cause, bien que souvent saisissable, laisse presque toujours ignorer son mode d'action. Un individu devient tout à coup amaurotique; on ne trouve d'autres désordres chez lui qu'une quantité variable d'albumine dans les urines. Cette albumine est-elle cause ou simplement coïncidence? Une femme devient paraplégique, sans que rien puisse faire songer à une lésion de la moelle; mais elle est chlorotique. Sera-ce à la chlorose qu'il faudra attribuer la paralysie de cette femme? On pourrait être longtemps embarrassé, si, dans le premier cas, les modifications de l'albumine en plus ou en moins, en s'accompagnant de modifications parallèles dans la vue, ne permettaient de conclure logiquement que les troubles de la vision sont sous la dépendance de cette sécrétion anormale, et, dans le second, si un traitement par le fer et les toniques, en emportant la paraplégie et la chlorose, ne prouvait les liens étroits qui unissent l'un à l'autre ces deux états morbides. Le *modus faciendi* nous échappe; mais pourquoi vouloir le pénétrer dans ces cas de paralysie essentielle, alors que dans les maladies avec lésion saisissable, on est toujours forcé de mettre un point d'interrogation sur le mystérieux développement de l'état morbide? Je tâcherai au

reste, autant qu'il sera en moi, d'assigner le mode d'action de ces diverses causes, en m'appuyant sur les enseignements de la physiologie. C'est ainsi que je voudrais qu'il en fût fait pour la pathologie tout entière. C'était une idée éminemment philosophique qui dictait à un auteur que tout le monde estime son traité de physiologie pathologique.

Anémie. Une des premières causes que j'ai à mentionner, c'est l'anémie. On connaît les curieuses expériences de ligature de l'aorte faites par Swammerdam, Stenon, Lorry, et répétées de nos jours par M. Longet. Ces expériences ont démontré que quelques minutes suffisaient pour éteindre les mouvements volontaires dans les membres inférieurs, et que l'irritabilité musculaire elle-même disparaissait après deux heures. La conclusion est facile à tirer : le sang artériel est nécessaire à la production des mouvements. A ces données expérimentales, on peut joindre les observations de M. Goubaux, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, portant sur des chevaux paraplégiques chez lesquels il y avait anémie du train postérieur, causée par des caillots qui obstruaient l'aorte abdominale. M. Barth a observé un cas semblable chez l'homme. « Les effets de l'artérite oblitérante, dit Vidal (de Cassis), ressemblent parfois à ceux produits par la lésion du nerf principal d'un membre, ou à une maladie de la moelle épinière, c'est-à-dire que la paralysie se prononce de plus en plus. » Enfin tout le monde connaît

les curieuses expériences de MM. Marshall-Hall et Piorry sur les pertes sanguines considérables.

En voilà assez pour établir la nécessité de l'excitation du sang soit sur le système cérébro-spinal, soit sur les nerfs et les muscles, pour la persistance des mouvements et des sentiments.

Boerhaave, le premier (*de Morbis nervorum*), signale la paralysie comme une conséquence des grandes hémorrhagies; mais, pour trouver des observations détaillées, il faut arriver jusqu'à nos jours. M. Moutard-Martin a publié, en 1852, un mémoire sur les paraplégies à la suite d'hémorrhagies utérines et rectales, et je dois à l'obligeance de M. Landry d'avoir lu un certain nombre d'observations où l'influence de l'anémie est incontestable. Ces paralysies se rapportent aussi bien au mouvement qu'au sentiment, mais je dois signaler particulièrement l'analgésie comme un résultat très-fréquent des grandes hémorrhagies. L'obscurcissement et la perte de la vue, dans ces circonstances, sont un fait connu de tout le monde. Quant aux autres caractères de ces paralysies par anémie, comme ils ressemblent à ceux que l'on voit dans les paralysies chlorotiques, leur étude sera complétée dans le paragraphe suivant.

Chlorose. — Sanguis moderator nervorum. Cette profonde pensée d'Hippocrate renferme l'explication des troubles nerveux qui sont le triste apannage des chlorotiques. Il est en effet d'observation journalière qu'il y a entre les nerfs et le sang un

antagonisme perpétuel, et que la santé est au prix du juste balancement de l'influence de ces deux principes de vie. Que cette harmonie vienne à être brisée, que le sang s'altère soit dans sa quantité, soit dans ses qualités, et l'on verra se dérouler cette série de maux que l'on a désignés sous le nom de vapeurs, de spasmes, d'hystéricisme ou d'état nerveux. Exaltation et perversion de l'influx nerveux, voilà ce que l'on connaissait, et il est vraiment singulier que la troisième manière d'être de l'innervation dans la chlorose, sa suspension, ait échappé si longtemps aux regards du médecin. Les premiers auteurs qui ont signalé les paralysies chlorotiques sont en effet nos contemporains ; je citerai en particulier MM. Ashwel (*Gazette médicale*, 1838), Beau et Sandras.

Est-il nécessaire de prouver que la paralysie, dans ces circonstances, a été réellement sous la dépendance de la chlorose ?

Je voudrais pouvoir placer ici certaines observations où les modifications de la paralysie ont été si intimement liées à celles de la chlorose, que le doute ne pouvait persister un seul instant. Si l'apborisme d'Hippocrate, *naturam morborum curationes ostendunt*, est vrai, les résultats si nombreux obtenus par MM. Sandras et Briquet par les toniques et les ferrugineux, dans les accidents qui nous occupent, ne permettent pas d'hésiter.

Quant aux caractères de ces paralysies, on peut dire qu'il est rare qu'avant de frapper sur les mou-

vements, la sensibilité ne soit pas éteinte dans une de ses nombreuses modalités. L'analgésie est très-fréquente ; elle peut d'ailleurs succéder à l'hyperesthésie, et réciproquement.

L'anesthésie est beaucoup plus rare, et ce n'est qu'alors que le mouvement est empêché depuis longtemps qu'on la voit se manifester. Nous avons vu que la perte du sens d'activité musculaire avait coïncidé deux fois avec la chlorose, dans les observations de M. Landry. Les paralysies musculaires chloro-anémiques affectent en général la forme progressive que nous avons signalée, tant pour leur intensité phénoménale que pour leur extension à de nouveaux points. Cependant, dans quelques rares circonstances, elles se sont montrées d'emblée avec leur maximum de développement, mais ce fait a surtout lieu après quelque attaque convulsive ; de sorte qu'il est fort embarrassant, dans ces cas, de savoir dans quelle classe on doit ranger ces paralysies. Sont-elles hystériques ou chlorotiques ? Ce début rapide s'est aussi montré à la suite des hémorrhagies abondantes. Les muscles que la paralysie atteint de préférence sont ceux des membres inférieurs, viennent ensuite les extrémités supérieures. Quant aux troubles de la sensibilité, ils se montrent dans leurs lieux d'élection. L'amaurose est, de toutes les paralysies des sens spéciaux, celle qui se voit le plus souvent dans la chlorose ; elle a été mentionnée notamment par MM. Blaud, de Beaucaire, Cunier, Marcé. Disons enfin que l'irritabilité électro-muscu-

laire a été, à peu près dans tous les cas, diminuée ou abolie.

Le diagnostic de ces paralysies se tirera des signes propres à l'anémie et à la chlorose, pâleur, essoufflement, palpitations, bruits carotidiens ou cardiaques, etc... Bien que, dans certains cas, la guérison se soit fait longtemps attendre, elle s'obtient en général à la suite d'un traitement approprié.

Albuminurie. Je ne veux placer ici que les faits où l'albuminurie joue un rôle accepté par tout le monde, renvoyant à un autre paragraphe les cas où son action est encore contestable. Depuis la découverte de Bright, l'albuminurie a été étudiée sous un grand nombre de faces, et poursuivie dans les désordres variés auxquels elle donne naissance ; mais je n'ai trouvé nulle part, ni dans les travaux de Gregory, Christison, Bright, Addison, Frerich, et Rayer, analysés avec soin dans l'excellente thèse de mon ami le D^r Piberet (*des Accidents qui peuvent survenir du côté du système nerveux dans le cours de la maladie de Bright et de l'albuminurie consécutive à la scarlatine*, 1855), ni dans ses observations propres, la mention d'accidents paralytiques : l'amaurose seule a été signalée. M. Landouzy a publié en 1849, dans la *Gazette médicale*, un mémoire : *de la Coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse*, dans lequel il développe cette pensée, que chez presque tous les individus atteints de la maladie de Bright, on constatait un affaiblisse-

ment notable de la vision. Il ajoute que cet accident, indépendant tout à fait de la détérioration des forces, précède et annonce souvent la maladie; il disparaît et revient d'ailleurs, sans suivre exactement les phases du dépôt albumineux que renferment les urines.

Nous avons indiqué le résultat des recherches ophthalmologiques modernes, et nous pensons qu'avant de se prononcer sur l'essentialité de ces amauroses, il sera prudent de recourir à ce mode d'investigation, bien que nous n'acceptons pas la solidarité des opinions qu'il a fait naître, et que nous les croyons exagérées; car il nous paraît bien difficile d'expliquer les changements si marqués de l'amaurose albuminurique, allant de la cécité complète au retour de la vue, avec des lésions aussi matérielles que celles dont parle M. Desmarres.

Diabète. Ici comme pour l'albumine, je ne trouve guère à signaler que quelques cas d'amauroses survenues chez des diabétiques. Je trouve bien, dans une bonne thèse sur le diabète, due à mon ami M. le D^r Toubin, la mention de paralysies générales ou partielles, mais sans indication des sources et des faits.

Cachexies. Le terme final de toute cachexie, quelle que soit la maladie qui l'a amenée, et quel que soit le cachet qu'elle reçoive de cette dernière, est un appauvrissement du sang, une diminution de ses globules. On comprend aisément qu'elles créent une

prédisposition aux accidents nerveux, et en particulier aux paralysies. La science néanmoins est pauvre de faits de ce genre, quelques cas d'amaurose et de surdité, 2 cas d'anesthésie dans la cachexie cancéreuse : voilà tout ce que j'ai trouvé.

Causes d'épuisement. Nous arrivons à un ordre de causes où l'explication de la paralysie est sans doute la même que pour les cas précédents, je veux parler de ces causes débilitantes qui jettent l'organisme dans ce qu'on a appelé la misère physiologique. Elles sont aussi nombreuses que variées; en première ligne, citons une nourriture insuffisante ou malsaine, les excès de travail, les privations de tout genre, le manque d'air, le séjour dans des lieux bas et privés de lumière, les flux abondants, les sueurs profuses, la lactation prolongée, les excès, mais surtout les excès vénériens, qui, plus que les autres, influencent pernicieusement l'économie par le concours simultané de la déperdition séminale et de la dépense d'influx nerveux qui accompagne cette dernière.

Ouvrez l'ouvrage si brillamment écrit de Lallemand, le traité de Deslandes; et vous y trouverez des observations de paraplégies, de paralysies des membres supérieurs, des paralysies à marche progressive, des amauroses et des surdités.

Bien que leur action soit plus mystérieuse, les affections morales exercent sur les fonctions organiques un empire incontestable; sous l'étreinte d'une passion triste, le sommeil se perd, les digestions

sont laborieuses, la nutrition souffre, et le système nerveux, sans cesse sollicité par l'état moral de l'individu, prend désormais dans l'économie une fatale prépondérance, que le sang appauvri ne lui dispute plus.

L'ambition, la jalousie, qu'on a vu jeter des enfants dans le marasme, l'ennui de la vie, usent petit à petit l'organisme et le livrent sans défense aux causes provocatrices des maladies, entre autres des névroses. Il ne me serait pas difficile d'apporter des observations où se lit clairement l'influence de ces causes débilitantes, que rend au reste manifeste la guérison obtenue au moyen des toniques, des ferrugineux, et de bonnes conditions hygiéniques.

En général, les paralysies nées dans ces circonstances débutent lentement, par un affaiblissement progressif, et si le mal éclate avec brusquerie, il faut en rechercher le motif dans l'addition d'une cause occasionnelle; ajoutons que c'est d'habitude une paraplégie qui se développe.

La marche des années, en usant nos organes, peut jeter les vieillards dans une espèce de cachexie sénile, à laquelle on est en droit de rapporter le tremblement, les affaiblissements de la vue et de l'ouïe, qu'ils présentent assez souvent. N'est-ce pas à la même cause que l'on peut attribuer l'impuissance de la vieillesse, et ces paralysies rectales, cause de diarrhée et de constipation alternatives? On sait combien les rétentions d'urine sont fréquentes chez le vieillard, et, bien que M. Mercier ait cherché à prouver que le développement de la

prostate était la cause de ces rétentions (*Recherches sur une cause fréquente de rétention d'urine*, 1844), on ne peut nier qu'un certain nombre ne tiennent à une paralysie vésicale. Mon excellent maître M. Michon n'a-t-il pas cité à la Société de chirurgie, en 1849, des guérisons par l'électricité ?

Les quatre ordres de causes que nous venons d'indiquer semblent faire un groupe naturel, où l'altération du sang est le fait dominateur. Démontrée dans l'anémie et la chlorose, elle est admise dans les cachexies et très-probable dans les profondes débilitations; de sorte qu'il ne paraît pas irrationnel de lui faire jouer un rôle dans le développement de ces paralysies. Si cette idée est vraie, elle ouvre de nouveaux horizons au traitement, en même temps qu'elle satisfait l'esprit, en lui permettant de se rendre compte, jusqu'à un certain point, de la manière dont se développent ces paralysies.

L'altération du sang a été en quelque sorte spontanée, je veux dire sans addition de substances étrangères dans sa masse; dans la série de paralysies que nous allons étudier, il y a introduction de substances délétères, il y a empoisonnement.

Intoxications. — Plomb. Il ne peut plus être question de prouver l'existence des paralysies saturnines; dès la plus haute antiquité, on avait parlé de certaines espèces de coliques qui étaient fréquemment suivies de la paralysie des membres. Il faut néanmoins descendre jusqu'au milieu du XVIII^e

siècle, arriver aux travaux d'Astruc et de de Haen , pour avoir des données précises sur la cause et la forme de ces paralysies. On doit à M. Tanquerel des Planches une description complète de ces désordres.

Si je voulais faire une étude approfondie de chacune des variétés de paralysie que je signale, il me faudrait disposer de beaucoup plus de temps que je n'en ai ; d'ailleurs trop de détails seraient déplacés ici, où je dois, il me semble, surtout faire ressortir ce que chaque espèce offre de particulier et par quels caractères elle rentre dans notre classe de paralysies sans lésion appréciable.

La paralysie saturnine est le plus souvent bornée à un système restreint de muscles ; elle peut même se circonscrire davantage et n'occuper qu'un seul muscle et même un seul de ses faisceaux ; elle atteint de préférence les membres supérieurs, mais il n'est pas rare de la voir occuper les quatre membres simultanément. Son siège de prédilection est dans les extenseurs, et, par une singulière bizarrerie, dans les extenseurs de la main et des doigts. M. Duchenne, qui a bien étudié la question qui nous occupe, en disséquant en quelque sorte, au moyen de la faradisation, l'action de chaque muscle, a pu tracer avec précision la marche progressive de la paralysie.

Il a montré que les premiers pris étaient les extenseurs communs, puis l'extenseur propre de l'index, celui du petit doigt, et les deux radiaux, et que le long supinateur résistait à l'action délétère du plomb.

L'intoxication saturnine s'est montrée quelquefois sous la forme de paralysie générale; M. Tanquerel des Planches signale l'embarras de la parole comme une des formes que revêt l'empoisonnement par le plomb. Ce qui caractérise cette paralysie générale saturnine, de même que celles que nous avons étudiées, c'est qu'elle commence par être partielle et qu'elle ne se généralise que petit à petit. Les malades empoisonnés par le plomb flottent souvent pendant longtemps, comme le dit avec raison M. Sandras, entre la paralysie partielle et la paralysie générale. J'ai déjà eu l'occasion de dire que l'irritabilité musculaire était abolie dans les paralysies saturnines; mais, chose singulière qu'a révélée M. Duchenne, alors même que la paralysie est générale, il semble que le plomb a conservé ses lieux d'élection, car la perte de cette faculté n'existe que dans les extenseurs de la main et des doigts.

L'atrophie se montre rapidement dans les parties paralysées. L'anesthésie peut atteindre des parties plus ou moins étendues de la peau, être complète ou incomplète, mobile ou permanente; il est rare qu'elle soit le seul phénomène saturnin. Quant à sa fréquence, les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point, les uns la considérant comme un accident rare, tandis que d'autres vont jusqu'à la signaler comme constante; mais, dans ce dernier cas, il est probable que l'on a voulu parler de l'analgésie autant que de l'anesthésie. La paralysie peut se porter aussi sur quelques-uns des sens; on

a parlé de surdité saturnine ; mais la chose est fort rare , tandis qu'il est assez commun de voir l'amaurose ; cette dernière arrive d'ordinaire d'une façon brusque et atteint les deux yeux ; complète ou incomplète , elle a une marche rapide ; il est rare qu'elle persiste au delà d'un mois.

Colique végétale. Voilà une cause incontestable de paralysie ; aussi n'est-ce pas sur l'existence, mais sur la nature de ces paralysies , qu'ont porté les nombreuses discussions. Disons d'abord un mot de la forme qu'elles prennent : elles peuvent , mais rarement , être généralisées ; le plus souvent, elles se localisent , et , chose remarquable , c'est en attaquant et en respectant les mêmes muscles que dans l'empoisonnement saturnin. Un autre point de contact avec cette dernière cause , c'est la perte de la contractilité musculaire sous l'excitation électrique ; c'est là un fait sur lequel M. Duchenne a appelé l'attention , et auquel il accorde une grande valeur pour confondre ces paralysies avec les paralysies saturnines. Cette même localisation , cette identité dans les phénomènes électriques, sont assurément de graves présomptions en faveur de cette opinion, et cependant nous hésitons à nous y ranger. Sans aucun doute, dans ce qui a été décrit depuis longtemps par Citois, Huxham et Bonté , sous le nom de *coliques du Poitou, du Devonshire, etc.*, il n'y a peut-être , en dehors de quelques entérites , dysentéries et coliques nerveuses, pas autre chose que des coliques saturnines. On sait, en effet, que , dans ces

contrées, le cidre était renfermé dans des vases de plomb ou bien sophistiqué au moyen de quelques préparations saturnines ; on se rappelle cette épidémie de 1842 qui sévit à Paris par suite de l'addition dans le cidre du sous-acétate de plomb. Les conditions climatériques et bromatologiques sont encore les mêmes dans notre province française et dans le comté anglais, et cependant les coliques ont disparu : n'est-il pas rationnel de n'y voir qu'un résultat des prescriptions mieux suivies de l'hygiène en ce qui concerne les boissons ? Mais, s'il est permis de regarder les coliques végétales de nos contrées, alors surtout qu'elles sévissaient épidémiquement, comme n'étant, dans la grande majorité des cas, autre chose que des affections saturnines, peut-on rayer de la sorte du cadre nosologique les coliques des pays chauds ? Les médecins de la marine qui ont le mieux observé la colique végétale, et parmi eux les D^{rs} Segond et Guépratte, ont combattu cette opinion ; ils font observer que la maladie survient à la suite de brusques variations atmosphériques : « En effet, disent-ils, pendant toute la traversée, le marin, qui a à peu près invariablement le même régime, est frappé tout à coup lorsqu'il arrive dans certains parages, sous la ligne, aux Antilles, au Sénégal, à Cayenne. La maladie sévit surtout aux équinoxes ; elle choisit ses victimes parmi les cuisiniers, les chauffeurs et les boulangers ; en un mot, elle frappe ceux qui sont le plus exposés aux brusques changements de température. » N'avait-on pas remarqué que les maréchaux-ferrants atta-

chés à l'armée française en Espagne, et qui, par leur état, se trouvaient dans les mêmes conditions que ces derniers, avaient été fréquemment atteints de la colique de Madrid? Au reste, les Madrilènes connaissent bien l'influence pernicieuse des variations de la température, si grandes d'un moment de la journée à l'autre, à Madrid, et dont ils cherchent à se préserver en se couvrant de leurs larges manteaux.

On a voulu expliquer les accidents qui sévissent sur les marins, en les attribuant aux sels de plomb, dont l'eau distillée qu'ils boivent se serait chargée en traversant les tubes de plomb des appareils; mais ce n'est que très-exceptionnellement qu'on est obligé de recourir à la distillation de l'eau de mer, et d'ailleurs comment expliquer que la colique ne sévisse qu'au moment où le vaisseau se rapproche de l'équateur. Ajoutons que cette opinion a été combattue par M. Fonssagrives, chirurgien militaire fort distingué, que de nombreux voyages sur mer ont mis à même d'étudier ce sujet (Mémoire pour servir à l'histoire de la colique nerveuse endémique; *Arch. gén. de méd.*, t. XXIX).

Mercure. On signale, d'après l'autorité de Ramazzini, le mercure comme une cause de paralysie, et cependant il serait difficile de trouver dans la science quelque observation bien précise. Hoffmann lui attribue cette valeur, et je trouve dans Forestus un exemple de paralysie arrivée chez un doreur. M. Burnett parle bien, il est vrai, de pa-

ralysies survenues sur les marins du vaisseau *le Triomphe*, mais d'une manière vague. Quant au tremblement mercuriel, peut-il être considéré comme une paralysie ?

Arsenic. Depuis quelques années, l'attention s'est portée sur les paralysies consécutives à l'absorption de l'arsenic. Déjà les travaux d'Orfila et de Christison en rapportent quelques exemples ; on en trouve signalés de semblables dans les auteurs allemands, qui, plus que tous autres, sont à même d'observer ces paralysies, par suite de l'usage si commun de l'acide arsénieux dans le midi de l'Allemagne et surtout en Bavière. L'action de l'arsenic porte spécialement sur les membres inférieurs, cependant la paralysie a de la tendance à se généraliser et à gagner les quatre membres ; mais il est rare que la perte du mouvement dans les extrémités supérieures persiste longtemps, et bientôt la paraplégie s'isole complètement. Quant à la durée de ces accidents, elle a varié de quatre mois à un an et plus. Si l'empoisonnement a lieu par l'ingestion de l'arsenic, la paralysie se montre presque immédiatement après l'apparition des troubles primitifs du tube digestif ; si au contraire l'empoisonnement n'arrive que petit à petit, la paralysie débute d'une manière lente pour suivre une marche progressive. Habituellement la sensibilité a subi des modifications à divers degrés, depuis une simple diminution jusqu'à l'abolition complète. La contractilité électro-musculaire persiste, mais semble être un peu diminuée ;

la vessie et le rectum continuent à fonctionner normalement.

Sulfure de carbone. Parmi les désordres que l'inspiration des vapeurs du sulfure de carbone peut faire naître, et dont nous devons l'histoire à M. Delpech, cet auteur a constaté que la myotilité était très-souvent atteinte : c'étaient d'abord des crampes fréquentes et douloureuses, une sorte de contraction passagère des extrémités des doigts, qui cédait plus tard pour faire place à un affaiblissement musculaire prolongé, puis à une paralysie plus ou moins complète des membres inférieurs et plus tard des membres supérieurs. Un degré prononcé d'atrophie musculaire a souvent accompagné cette perte du mouvement. Dans une des neuf observations sur lesquelles repose ce mémoire, l'analgésie ne s'est montrée qu'une fois d'une manière évidente. Mais les organes des sens spéciaux ont échappé rarement à l'influence délétère. La vue s'affaiblit à un très-haut degré, sans que rien dans les milieux de l'œil ait pu expliquer cette amblyopie ; l'ouïe fut atteinte passagèrement ; quant au goût et à l'odorat, il semble y avoir eu plutôt perversion que paralysie de ces sens ; l'odeur du sulfure de carbone poursuivait les malades au point que tous les objets leur en paraissaient imprégnés. Citons enfin l'abolition des fonctions génératrices, qui s'est montrée comme un des caractères les plus tranchés de l'intoxication par le sulfure de carbone.

Intoxication alcoolique. L'abus des boissons alcooliques produit des accidents paralytiques que l'on a confondus pendant longtemps avec la paralysie générale des aliénés. Un auteur, le D^r Huss, de Stockholm, dans un ouvrage très-intéressant (*Alcoolismus chronicus*), a tâché de faire disparaître cette confusion. M. Lasègue a ajouté, dans le compte rendu qu'il a donné de ce livre dans les *Archives générales de médecine*, des considérations pleines d'intérêt à propos du diagnostic différentiel. Voici, d'après ces auteurs, par quels signes se révèle la paralysie d'origine alcoolique : c'est d'abord un tremblement des mains et des bras plus manifeste le matin que le soir ; puis, si le mal fait des progrès, il survient des fourmillements dans les membres inférieurs et supérieurs, des engourdissements dans les doigts et les orteils ; enfin le malade finit par ressentir un certain degré de faiblesse dans les bras et les jambes ; les mains sont inhabiles, et le patient éprouve de la difficulté à soulever et à serrer les objets ; la sensibilité s'émousse et devient obtuse.

Ces divers phénomènes ont lieu principalement dans les extrémités ; aux membres supérieurs, ils remontent rarement au-dessus du coude et au-dessus des genoux dans les membres inférieurs. C'est là le premier degré de la paralysie alcoolique ; mais, si les excès continuent, la maladie s'aggrave et revêt alors les caractères tranchés de la paralysie. On le voit, cette paralysie, due à l'intoxication alcoolique, présente dans ses phénomènes la marche des

paralysies que nous avons désignées sous le nom de *paralysies envahissantes*; cette marche servira à la distinguer de la paralysie progressive des aliénés. D'autres signes diagnostiques se tireront du caractère de la lésion de la motilité, qui, ainsi que le fait remarquer M. Lasègue, consiste beaucoup plus, pour la paralysie des aliénés, dans une irrégularité des mouvements avec saccades, que dans une véritable débilité, ainsi que cela se voit dans la paralysie alcoolique. Le tremblement dont nous avons parlé, et qui se montre dès le début de cette dernière paralysie, a quelque chose de caractéristique; il est général, visible à première vue, tandis que dans la paralysie des aliénés, il manque assez souvent, et se localise davantage, d'ordinaire sur la langue et la lèvre supérieure. Enfin, pour terminer l'énumération de ces signes différentiels, ajoutons que l'anesthésie, si rare dans les paralysies des aliénés, est au contraire un fait fréquent dans l'alcoolisme. Le trouble des facultés mentales présente des différences dans les deux cas, mais je ne crois pas devoir m'étendre plus longtemps sur ce point.

Narcotiques. On signale vaguement dans les auteurs les narcotiques comme cause de paralysie; il serait cependant difficile d'apporter des observations à l'appui. Je ne connais aucun fait d'empoisonnement aigu par l'opium où ce phénomène ait été signalé; les thevriakis tombent dans le marasme et un état de torpeur extrême, mais il n'y a rien là qui se rapproche de la paralysie. Quant à la bella-

adonné, le seul phénomène paralytique qu'elle détermine est une amaurose le plus souvent transitoire, et qui, dans quelques cas rares, a duré un temps assez long.

Je ne trouve qu'un bien petit nombre d'observations où l'on ait attribué la paralysie à l'influence du tabac. Un fait est rapporté dans les mémoires de la Société médicale d'émulation (1833). M. Gaultier de Claubry, au dire de M. Tailhé (*De la paralysie des avant-bras*; Paris, 1850), aurait vu deux exemples attribuables à la même cause; mais l'on ne trouve aucun fait semblable dans les recherches de M. Mélier ni dans celles de M. Pointe.

Dans le dernier congrès médical qui s'est tenu à Vienne, M. Moritz Maïer, de Berlin, a communiqué plusieurs observations de paralysies partielles des membres à la suite de l'usage prolongé du tabac à priser; mais cette substance ne serait pour rien dans la paralysie, qu'il faut rapporter, d'après cet auteur, à une véritable intoxication saturnine, l'analyse chimique lui ayant démontré l'existence, dans le tabac à priser, du plomb, qu'il croit provenir du papier d'enveloppe. L'électricité parvint à rétablir les malades.

Je citerai aussi la thèse de M. Bourdon, sur les paralysies produites par l'asphyxie par le charbon, où il est fait mention de deux observations de paralysie de l'avant-bras, et de deux autres du membre supérieur tout entier.

La pellagre, cette singulière affection, qui ne se trouverait pas déplacée dans le cadre des empoi-

sonnements, si l'on admettait, avec les D^{rs} Balardini et Roussel, qu'elle est produite par une altération du maïs, le *verderame* (*sporisorum maïdis*), donne lieu à des paralysies; mais je ne la cite qu'avec circonspection, car il ne m'est pas démontré que celles-ci soient essentielles. Gaetano Strambio semble avoir toujours rencontré des lésions, au moins quand la maladie était ancienne.

Syphilis. Quelques observations éparses dans la science semblent devoir faire admettre la syphilis comme cause de paralysies essentielles.

Dans l'ouvrage de M. Yvaren, sur les métamorphoses de la syphilis, il est question de paralysies de siège fort variable, car elles se sont présentées soit aux membres supérieurs, soit aux inférieurs, soit dans des points plus limités encore, tels que la paupière supérieure, qui semble être un des lieux de prédilection de la paralysie saturnine. Elle peut encore atteindre graduellement les quatre membres, ainsi qu'on le voit dans une observation de M. Sandras, où l'on retrouve un des caractères que nous avons signalés comme propres aux paralysies sans lésion appréciable, la conservation des actes de la vessie et du rectum. De ce fait, on peut rapprocher une observation de M. Schützenberger, consignée dans son mémoire sur la syphilis, comme cause de troubles fonctionnels graves de l'encéphale, simulant des affections idiopathiques du cerveau (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1850).

M. Ricord parle aussi de paralysies dans la syphilis; mais elles ne semblent pas être pour lui sous l'influence directe du virus, elles ne seraient qu'une des formes variées des troubles nerveux que la chlorose syphilitique sème dans l'organisme.

On le voit, les cas de paralysies observées dans la syphilis sont fort rares, et nous devons dire que la place que nous leur donnons ici est fort contestable. N'y a-t-il pas eu dans ces faits une lésion cachée qui a déterminé le trouble nerveux? Quand on songe à la fréquence des productions syphilitiques, qui peuvent siéger dans les muscles, les nerfs, les os, en un mot, dans chaque élément de nos tissus, on est entraîné vers cette dernière opinion, que n'ébranle pas toujours la prompte guérison obtenue par un traitement approprié; car on sait avec quelle merveilleuse rapidité les productions de la syphilis cèdent à l'iodure de potassium.

De nouvelles observations, appuyées surtout sur des autopsies, sont donc nécessaires pour se prononcer sur ce point délicat.

Intoxication paludéenne. On a décrit une fièvre pernicieuse *paralytique*, caractérisée par des paralysies partielles. Sauvages, dans sa Nosologie, mentionne, d'après Torti, une espèce de paralysie revenant tous les jours, et disparaissant au bout de quelques heures avec l'accès de fièvre pernicieuse; à l'appui, il cite deux observations. On trouve dans les recueils deux autres cas: dans un, c'est une paralysie; dans deux autres, la paralysie occupe la

moitié du corps; elles ont cédé à l'influence des antipériodiques.

Dans ces observations, la perte des mouvements semble avoir été une manifestation directe de l'empoisonnement miasmatique. Il n'en est plus de même des cas relatés dans la thèse de M. Ouradou (*De la Paralysie à la suite des fièvres intermittentes*, 1852); l'auteur fait ressortir avec soin qu'elles dérivent de la cachexie paludéenne, et que leur traitement n'est plus le sulfate de quinine, mais les toniques, le fer, une nourriture analeptique.

Avant de quitter ce qui a trait aux empoisonnements, je mentionnerai pour mémoire les effets, connus aujourd'hui de tout le monde, produits par l'application locale ou l'inhalation des agents anesthésiques, tels que l'éther, le chloroforme et l'amylène, dont la récente introduction dans la médecine est due à Ch.-J. Snow.

Rhumatisme. J'arrive à un autre ordre de causes. Depuis quelques années, on tend à faire jouer à la diathèse rhumatismale un rôle qui nous paraît singulièrement exagéré. Inflammations articulaires, inflammation des membranes séreuses, douleurs de toute sorte et de tout siège, névroses de toute espèce; tout a été soumis à sa tyrannique domination. Mais à quoi reconnaît-on la nature rhumatismale de ces désordres? Ne serait-il pas nécessaire, avant tout, de nous dire quels sont les caractères de la diathèse rhumatismale? Toute affection qui se développe sous l'influence du froid sera-t-elle rhumatismale? Sera-ce la coïncidence d'un rhumatisme,

de douleurs vagues, erratiques, qui fera que la maladie sera de nature rhumatismale? Ce sont là des questions qui attendent encore leur réponse; et c'est pour cela qu'il eût été prudent, si l'on ne veut pas jeter la science dans le chaos, d'être plus réservé sur le rôle qu'on fait jouer à cette cause indéterminée qu'on appelle rhumatisme.

Quoi qu'il en soit, Sauvages admettait déjà une paralysie qui succède aux douleurs de la goutte et du rhumatisme; certaines paralysies sont attribuées par F. Hoffmann, Cullen, Bosquillon, Frank, aux mêmes principes. M. Griffoullière est, à ma connaissance, un des premiers auteurs qui aient écrit sur les paralysies qui accompagnent ou suivent le rhumatisme (*Journal des conn. méd.-chir.*, 8^e année). Il admet deux modes d'invasion: dans le premier, le rhumatisme atteint l'axe cérébro-spinal; dans le second, c'est par les rameaux nerveux périphériques qu'il débute. La douleur précède d'habitude la paralysie et devient un signe précieux de diagnostic; la paralysie enfin peut se déclarer dans le cours de la fièvre rhumatismale.

Depuis cet auteur, la paralysie due au rhumatisme a été fréquemment signalée; je citerai, entre autres, MM. Chomel et Trousseau comme s'en étant occupés. Dans leurs observations, ainsi que dans quelques autres que je dois à l'obligeance de M. Landry, la paralysie s'est montrée soit dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, soit à sa suite. Le plus souvent, dans ces cas, la paralysie apparaît dans les points envahis par le rhumatisme, c'est ce

qui a eu lieu dans plusieurs observations de paralysies mentionnées par M. Duchenne ; d'autres fois la perte de la motilité s'est montrée en d'autres points. Ces affections paralytiques qui succèdent à des rhumatismes localisés peuvent devenir fort graves, car on voit les muscles être pris d'atrophie, de contracture, de rétraction, et la maladie opposer souvent une grande résistance aux moyens thérapeutiques.

Disons, avant de finir, que, dans la très-grande majorité des cas, l'irritabilité musculaire est conservée, et que la sensibilité du muscle à l'électricité, considérée comme cause de douleur, est assez souvent augmentée.

A côté de ces faits, je dois signaler ces accidents que M. Trousseau a rencontrés chez les nourrices de l'Hôtel-Dieu, et qui formèrent comme une petite épidémie ; ils étaient caractérisés par des douleurs mobiles, des contractures des mains et des pieds, et, plus d'une fois, par une perte complète de la vue, alternant avec les autres phénomènes nerveux. M. Trousseau les considéra comme de nature rhumatismale.

Action du froid et de l'humidité. Cette cause était connue dès la plus haute antiquité : Arétée, Galien, en font mention ; nous la trouvons citée aussi dans Boerhaave, Hoffmann, Cullen, etc. Il serait par conséquent inutile de chercher à en démontrer l'existence.

Son mode d'action n'est pas toujours le même ;

dans certains cas, la paralysie succède brusquement à l'application du froid et se montre de suite avec son maximum d'intensité. Qui n'a vu des hémiplegies faciales développées de cette manière ? Ce sera, par exemple, un courant d'air froid qui frappe la joue à travers une fenêtre ouverte, et l'hémiplegie ne tardera pas à apparaître. Un individu s'endort sur l'herbe, la joue appliquée contre la terre ; il se réveille avec une hémiplegie.

Cette cause, pour la paralysie qui nous occupe, a été parfaitement étudiée par M. le professeur Bérard dans le Dictionnaire en 30 vol. ; le D^r Castara, de Lunéville (*de l'Hémiplegie faciale ; Journal des conn. médic.-chirurg.*, 3^e année), en rapporte de son côté de nombreuses observations.

Bien que la science soit plus pauvre en observations de paralysies localisées dans d'autres points du corps, on peut citer cependant un grand nombre de cas où elles se sont développées avec brusquerie, sous l'influence des mêmes conditions, aux bras, aux jambes, à l'épaule, etc.

Arrêtons-nous un instant sur quelques particularités fort importantes à connaître soit pour le diagnostic, soit pour le pronostic. Pendant longtemps l'hémiplegie faciale a été considérée, alors qu'elle était complètement isolée, comme n'étant jamais le symptôme d'une lésion cérébrale. Or c'était bien le cas de Dupuytren ; mais on répondait que si l'on avait bien observé, on aurait trouvé un affaiblissement dans le côté correspondant du corps. Aujourd'hui ces hémiplegies faciales, d'origine encépha-

lique, ne font plus de doute; il est donc important d'indiquer leur diagnostic différentiel d'avec les hémiplegies essentielles.

On a donné comme signe distinctif la paralysie de l'orbiculaire des paupières dans l'hémiplegie essentielle, et la persistance de ses mouvements dans celle qui succède à une lésion cérébrale. Ce signe, signalé, je crois, par Récamier le premier, se présente dans la majorité des cas, et il a été accepté par M. Andral dans sa Clinique; mais il a perdu de sa signification depuis la publication du travail récent, dû à la plume de M. Duplay (*l'Union médicale; de la Paralysie faciale produite par une hémorrhagie cérébrale chez les vieillards, 1854*). Cet estimable auteur a recueilli plusieurs faits où l'orbiculaire était paralysé, bien que l'autopsie démontrât une cause cérébrale. Il faut donc recourir à une autre différence; M. Duchenne nous la fournit. L'irritabilité musculaire est complètement conservée dans l'hémiplegie faciale de cause cérébrale; elle est abolie dans le cas contraire.

Parmi les localisations que la paralysie, suite de refroidissement, peut affecter, une des plus singulières est la paralysie bornée à la face postérieure de l'avant-bras; on dirait, au premier abord, qu'on a affaire à une paralysie saturnine, et si, dans quelques circonstances, le mode de développement peut éloigner cette idée de l'esprit, comment fera-t-on pour les différencier, si le patient a été soumis au plomb? Deux signes se présentent: dans la paralysie saturnine, le long supinateur a conservé ses

mouvements ; le contraire a lieu dans la paralysie par refroidissement : dans la première , la contractilité électro-musculaire est perdue ; elle persiste dans la dernière.

Cette conservation de l'irritabilité musculaire se trouve , au reste , dans toutes les paralysies développées sous l'influence du froid et de l'humidité. L'hémiplégie faciale seule de cette nature , fait exception , sans qu'il soit possible de se rendre compte de ce fait. Faudrait-il admettre que , dans ces cas , le nerf gonflé se trouve comprimé dans le canal de Fallope , ainsi que l'a fait M. Bérard ? Cette explication serait encore insuffisante , puisque la section du nerf , pratiquée par M. Longet , a laissé persister l'irritabilité musculaire dans les muscles de la face.

Nous verrons tout à l'heure que cette propriété persiste aussi dans les paralysies hystériques. Pour distinguer ces dernières des paralysies par refroidissement , M. Duchenne indique dans celles-ci l'augmentation de la sensibilité électro-musculaire.

Névroses. A chaque pas que nous faisons dans cette étude , nous nous trouvons arrêté pour assigner à chaque cause la part qui lui revient dans la pathogénie des paralysies.

Cette remarque s'applique surtout à l'hystérie. Rien n'est fréquent comme les lésions paralytiques de la motilité et de la sensibilité dans cette névrose ; rien n'est fréquent aussi , disent certains auteurs , comme la complication de la chlorose et de l'hystérie.

Sydenham avait dit : « Chlorosim sive febrem al-

«ham quam quidem speciem esse affectionis hysterice nullius dubito.» On a retourné cette pensée, et beaucoup d'auteurs ne voient dans l'hystérie qu'une espèce de chlorose.

MM. Trousseau, Sandras, Briquet, insistent longuement sur la coexistence des symptômes de la chlorose avec l'hystérie; le dernier auteur que je viens de citer a trouvé du souffle dans les vaisseaux carotidiens 18 fois sur 21 cas, et son traitement de l'hystérie, fondé sur cette doctrine, consiste surtout en toniques et en ferrugineux. Si ces idées sont vraies, et nous les croyons telles dans la majorité des cas, il faudrait donc attribuer à la diminution globulaire du sang les accidents paralytiques que l'on constate dans l'hystérie.

Quoi qu'il en soit de ces opinions, la paralysie a été signalée, dès la plus haute antiquité, à la suite de l'hystérie, puisqu'au dire de M. Landouzy, Hippocrate en avait déjà fait mention. Hecquet, en 1733, mentionnait la paraplégie dans son livre, *le Naturalisme des convulsions dans les maladies*; Carré de Montgeron, ainsi que nous l'enseigne M. Calmeil, quoique étranger à la médecine, en parle d'une façon incontestable (*la Vérité sur les miracles de Paris*); dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie* (année 1770), on trouve un certain nombre de cas de paralysies attribuées à l'hystérie par un nommé Chevalier, médecin, propriétaire des eaux de Bourbonne-les-Bains. Mais, pour trouver ces paralysies bien étudiées, il faut arriver jusqu'à ces dernières années.

Le D^r Wilson, de Middlesex, a publié en 1839 un mémoire sur la diminution de la sensibilité cutanée, sans altération du mouvement, qui peut accompagner l'hystérie (*Gaz. méd.*, 1839). M. Piorry a signalé des paralysies hystériques dans ses leçons cliniques, qui ont été publiées par le D^r Macario, dans les *Annales médico-psychologiques*, 1844.

On doit à M. Landouzy un traité fort complet sur l'hystérie, où ces affections sont bien étudiées; elles ont été le sujet de plusieurs thèses inaugurales, parmi lesquelles nous signalerons celles de MM. Henrot, Besançon, Mesnet. On le voit, les autorités ne manquent pas pour établir la réalité de cette cause.

Il faudrait presque répéter littéralement ce que nous avons dit dans nos considérations générales, si nous voulions décrire les caractères des paralysies hystériques. On peut dire qu'elles sont le type des paralysies essentielles; nulles, en effet, ne sont plus mobiles, plus variables dans leur aspect, dans leurs transformations phénoménales, dans leur marche, dans leur étendue et leur mode de terminaison. Elles portent aussi bien sur la sensibilité que sur la motilité; mais les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de l'anesthésie. Tandis que pour les uns, MM. Genèdrin, Henrot, Briquet, Besançon, et Mesnet, l'anesthésie plus ou moins localisée serait constante dans l'hystérie, soit durant, soit après les excès convulsifs; pour d'autres, M. Sandras est de ce nombre, elle ne serait qu'un fait exceptionnel.

M. Beau, qui se range à la première opinion, a

tâché, dans son mémoire sur l'analgésie (1842), d'expliquer la dissidence des auteurs. Il démontre que l'on ne s'est pas entendu sur le phénomène que l'on cherchait, les uns n'ayant en vue que la sensibilité de contact, les autres la sensibilité à la douleur; la première est, en effet, rarement abolie, tandis que l'analgésie est la règle générale, nécessaire pour quelques auteurs. Quant à la recherche du point analgésié, elle est parfois fort minutieuse, car l'insensibilité peut être bornée à l'espace de quelques centimètres; elle peut d'ailleurs se montrer sur les muqueuses oculaires, olfactives et nasales, etc. D'autres fois elle sera généralisée, ou bien sous forme hémiplegique, et, dans ce dernier cas, comme lorsqu'elle est partielle, c'est presque toujours du côté gauche qu'elle se montre. Elle alterne assez souvent aussi avec l'hyperesthésie ou bien coïncide avec elle dans des points voisins ou éloignés.

L'insensibilité au contact est rare, avons-nous dit; elle peut se montrer avec la persistance du sentiment de la douleur. Le plus ordinairement, elle survient sur les parties frappées de paralysie musculaire.

La perte des sens spéciaux se montre aussi dans l'hystérie; il est insolite qu'elle ait lieu aux deux côtés du corps, plus souvent elle est bornée au côté gauche. De même que l'analgésie, les paralysies des sens sont très-mobiles; elles passent et reviennent avec la plus étonnante rapidité, alternant soit avec des paralysies musculaires, soit avec des convulsions ou d'autres phénomènes nerveux.

Quant aux paralysies musculaires, elles prennent très-rarement la forme progressive, lorsque l'hystérie est pure de toute complication chlorotique. Le plus souvent, elle est partielle; elle atteint alors tantôt les membres supérieurs, tantôt les inférieurs, un ou plusieurs viscères, ou bien toute une moitié du corps. Sur 46 cas, M. Landouzy en a trouvé 3 de paralysie générale du sentiment et du mouvement, 8 d'hémiplégie complète du côté gauche, 6 d'hémiplégie complète sans indication du côté affecté, 9 de paraplégie, 19 de paralysies partielles, amaurose, surdité, aphonie, dysphagie, dysurie, etc.

Ces paralysies se montrent d'ordinaire d'emblée, le plus souvent à la suite d'attaques convulsives, bien qu'elles puissent atteindre les malades chez qui la convulsion fait défaut, et dont l'état morbide a reçu plus spécialement le nom d'hystérisme.

Rien n'est d'ailleurs mobile comme ces paralysies, qui se jettent parfois d'un point extrême à un autre, gagnant, dans un cas, la langue, dans un autre le rectum ou la vessie, comme Sydenham l'a observé. Ce caractère est bien propre à les faire reconnaître et à les différencier des paralysies dues à d'autres causes.

On pourra d'ailleurs recourir, pour parfaire son diagnostic, à l'électricité, qui montrera la conservation de l'irritabilité musculaire; nous avons vu qu'elle était diminuée ou abolie dans la paralysie chlorotique.

L'hystérie n'est pas la seule des névroses convulsives qui donne lieu à des paralysies.

Épilepsie. L'épilepsie partage avec elle ce triste apanage, bien qu'à un moindre degré. Comme elle, elle peut donner naissance à des lésions de la motilité et de la sensibilité, partielles ou générales. Il ne peut être question, bien entendu, de la perte de ces deux facultés, qui se montre soit durant l'accès, soit immédiatement après, alors que le malade est encore plongé dans le coma qui marque l'accès convulsif. Dans les cas où la paralysie est partielle, le diagnostic n'offre aucune difficulté; il n'en est plus de même alors que la paralysie occupe une grande partie du corps, qu'elle dure depuis longtemps en s'accompagnant de cet embarras de la parole signalé en particulier par Esquirol, et du trouble de l'intelligence, si fréquent après l'attaque convulsive. Il est alors difficile de ne pas croire à une paralysie générale des aliénés commençante.

Une analyse attentive des symptômes et l'étude des phénomènes psychiques permettront d'éviter l'erreur.

Ne devrait-on pas rapporter, se demande M. Deslasiauve, à la paralysie, cette déformation des traits du visage, qui n'avait échappé ni à Galien, ni à Tissot, et qui consiste surtout dans l'abaissement des paupières et la déviation de la bouche?

On a encore signalé des paralysies dans d'autres névroses, telles que la catalepsie et l'extase. L'insensibilité pendant les accès de ces affections, aussi

bien que dans le somnambulisme et le sommeil magnétique, est connue de tout le monde ; mais on ne doit pas donner, selon nous, le nom de *paralyse du sentiment* à ces cas où l'impression et la transmission se font normalement, mais où la perception seule fait défaut. Ce ne serait plus le cas dans l'aliénation mentale, dans le délire nerveux, où l'on a vu des malades se mutiler horriblement ou se servir de leurs membres brisés, sans manifester la moindre sensation de douleur.

A la suite des névroses convulsives, il nous reste à dire un mot des névroses douloureuses.

Névralgies. Déjà signalée par Cotugno, pour l'avoir vue survenir à la suite de la sciatique, la paralysie musculaire succédant à des névralgies est un fait accepté par tout le monde. Après les névralgies de la cinquième paire, on a plus d'une fois constaté la paralysie du nerf moteur oculaire commun. On trouve dans le tome IX des *Arch. gén. de méd.* la mention de quatre cas semblables; à la suite de certaines névralgies musculaires (rhumatisme musculaire), on a vu apparaître des paralysies du mouvement.

L'anesthésie suit aussi certaines névralgies; un cas des plus curieux est une anesthésie de la peau de la face, de la muqueuse buccale et des dents, causée par une névralgie dentaire (Duchenne de Boulogne); elle a compliqué parfois de vieilles sciaticques (James, *Gaz. méd.*, 1840).

B.

.10

Paralyse des enfants. Bien que, dans la majorité des cas, les paralysies des enfants reconnaissent la même étiologie que celles des adultes, nous avons cru devoir en former un groupe, pour mieux marquer ce qu'elles ont de spécial dans leur forme, leur marche et leurs conséquences.

Depuis Underwood, qui paraît le premier auteur qui s'en soit occupé, jusqu'à nos jours, ces paralysies ont provoqué de nombreux travaux, en tête desquels on doit citer ceux de Heime, de Canstatt, de Kennedy, et de M. Rilliet.

Il est rare que les paralysies de l'enfance arrivent graduellement; leur début est en général brusque, qu'il soit ou non précédé de symptômes convulsifs ou d'une autre nature. Dans ce cas, la paralysie est d'ordinaire partielle et fixée sur un des bras plutôt que sur l'une des extrémités inférieures.

Le début lent donne naissance à des formes plus variées; car on peut voir se développer soit une paraplégie, soit une hémiplégie ou une paralysie partielle. Kennedy a attaché une grande importance au mode du début, sur lequel il a établi sa division des paralysies infantiles en temporaires et permanentes. On a dit que la brusquerie dans l'apparition de la maladie était une présomption en faveur d'une terminaison heureuse et rapide; mais les exceptions sont assez nombreuses pour que l'on ait dû rechercher d'autres signes qui permettraient de prévoir la durée de la paralysie. Malheureusement aucun d'eux ne donne plus que des probabilités.

La maladie présente deux périodes distinctes,

l'une de paralysie, et l'autre d'atrophie (Rilliet et Barthez). La première est caractérisée par les phénomènes propres de la paralysie, et se termine d'ordinaire au bout de peu de jours. Il n'en est plus de même de la seconde, dans laquelle les muscles s'atrophient, les membres se refroidissent et perdent de leur volume. Des déformations consécutives se montrent dans la colonne vertébrale et sont en proportion de la durée de la période atrophique.

La sensibilité persiste intacte à toutes les périodes de la maladie, et les malades jouissent d'une santé générale satisfaisante.

La manière dont la paralysie s'est montrée, l'âge de l'enfant, l'absence de phénomènes cérébraux, la localisation du mal : tels sont les points qui guideront dans le diagnostic; et dans les cas où l'affection aurait été précédée de convulsions éclamptiques, on recherchera avec soin les symptômes de la maladie dont ces derniers procèdent, alors qu'elles ne sont pas essentielles.

Deux causes principales président au développement des paralysies des enfants, une dentition difficile ou bien un trouble des organes digestifs. Kennedy et West insistent particulièrement sur cette dernière cause, aussi leur traitement repose-t-il en grande partie sur les purgatifs. Le froid a été signalé fréquemment comme ayant été suivi de paralysie. Kennedy croit que l'habitude où l'on est de coucher les enfants sur un membre peut causer cette affection, par la pression à laquelle ce membre est soumis. Diverses maladies, comme la chorée, les

fièvres exanthématiques, la fièvre typhoïde, ont été suivies de paralysie.

Il est rare qu'elle commence après trois ans; sa plus grande fréquence serait dans le cours de la première et de la seconde année. On ne peut rien dire de général de la constitution des enfants chez qui elle s'est montrée, car les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point.

Nous venons de voir Kennedy admettre deux degrés de paralysie chez les enfants, qui serait temporaire ou permanente; pour M. Duchenne, ce ne serait plus une question de temps, mais il y aurait entre ces deux degrés une différence de nature. Dans une première espèce, la fibre musculaire conserverait ses caractères de structure et d'irritabilité, bien qu'elle pût s'atrophier par la durée du repos du membre; tandis que, dans la seconde, la fibrine du muscle subirait la transformation graisseuse. Au début de cette dernière espèce, l'irritabilité musculaire, et c'est ce qui permet de bonne heure de diagnostiquer à quelle paralysie on a affaire, est abolie ou perdue; mais il faut se hâter de recueillir ce signe, car l'irritabilité reparait par la suite. Je laisse à d'autres la tâche de prononcer sur ces opinions dissemblables.

Paralysies des femmes enceintes et des accouchées.
On trouve éparses çà et là, dans les recueils, quelques observations de paralysies chez les femmes grosses et nouvellement accouchées, dues à P. Frank, Simpson, Ollivier (d'Angers), MM. Depaul,

Boulay, etc.; cependant l'amaurose avait été notée depuis longtemps par Michel Alberts (*Diss. de visus obscuritate in partu*, 1732). MM. Cunier, Cazeaux, Sichel, en ont rapporté des exemples plus récents.

Mais ces faits étaient isolés et n'étaient devenus le sujet d'aucun travail d'ensemble, jusqu'à la publication d'un mémoire de Fleetwood Churchill dans *The Dublin quart. journ. of med. science*, 1854, que mon ami le D^r Piberet a eu la bonté de me traduire. Voici le résumé de cet intéressant ouvrage.

Dans ce travail, sont résumés 34 cas vus par l'auteur ou empruntés à Dewees, Lever, Simpson, Forrest, Duke, etc. 22 fois l'attaque de paralysie eut lieu pendant la grossesse, principalement dans les derniers mois; 3 fois durant l'accouchement, 9 fois du premier au trentième jour après la délivrance: de là trois catégories dans lesquelles l'auteur fait rentrer les faits observés.

Sur les 34 cas, il y en aurait 17 d'hémiplégie complète, 1 d'hémiplégie partielle, 4 de paraplégie dans lesquels un membre seulement était affecté, 6 de paralysie faciale, 5 d'amaurose, 3 de surdité; mais, dans quelques-uns de ces derniers, les paralysies locales étaient combinées avec les cas d'hémiplégie.

Cinq fois la paralysie fut précédée de convulsions; dans l'immense majorité des cas, la maladie se manifesta sans prodromes et sans cause occasionnelle évidente.

Le pouvoir moteur était affaibli ou entièrement perdu; la sensibilité était intacte ou diminuée, augmentée dans certaines paralysies survenues pendant

la gestation, mais jamais dans les exemples de la deuxième et de la troisième catégorie. Dans un cas très-remarquable du D^r Lever, la paralysie du mouvement d'un côté était accompagnée de la perte de sensibilité de l'autre. Une singulière et rapide mobilité des phénomènes paralytiques a été parfois observée, ils se déplaçaient très-facilement d'une partie du corps à une autre; l'intelligence fut toujours conservée. Quatre malades succombèrent, et l'auteur ne doute pas que la paralysie et la mort dans ces faits ne fussent le résultat d'une maladie du cerveau ou de ses membranes; nous n'avons donc pas à les faire entrer dans le cadre de cette thèse.

Tous les autres se terminèrent heureusement; sur 19 cas survenus pendant la grossesse, 11 paraissent avoir été guéris avant ou par la délivrance, et dans 8, la maladie continua pendant un temps plus ou moins long après l'accouchement. Quant à ceux qui accompagnèrent la parturition ou qui la suivirent, ils s'amendèrent graduellement après plusieurs jours, en quelques semaines, rarement trois ou quatre mois.

Si maintenant nous nous demandons quelle peut être la cause plus ou moins probable de cette affection, nous remarquerons, dit le D^r Churchill, qu'on ne peut invoquer aucune influence extérieure, excepté dans un seul cas. Pour ceux qui arrivent durant la gestation spécialement, la paralysie pourrait être due à une action réflexe des organes générateurs sur les centres nerveux; mais ce n'est là qu'une hypothèse plus ou moins pro-

able. Il est possible aussi pour quelques-uns des exemples se déclarant pendant la grossesse de les classer sous le chef de la paralysie hystérique; mais il n'est pas toujours facile de faire la distinction. On ne saurait attribuer l'affection paralytique à la congestion de la tête, résultat des efforts dans l'accouchement, pas plus qu'au travail pénible et prolongé, et à la compression qui en résulte sur les nerfs et les muscles du bassin; car ce n'est que très-exceptionnellement que ces conditions ont été rencontrées.

Dans deux cas, les attaques semblent avoir été liées avec un état anémique, conséquence d'hémorrhagie; dans un autre fait, la paraplégie parut résulter du froid.

Reste enfin un phénomène remarquable, sur lequel l'auteur appuie avec insistance dans ses réflexions sur la pathogénie des accidents qui font le sujet de son mémoire; je veux parler de l'albuminurie. Se basant sur l'autorité de MM. Lever et Simpson, qui disent avoir trouvé de l'albumine toutes les fois qu'ils ont examiné les urines, se basant aussi sur ce que, à mesure que l'albumine diminue, la paralysie s'amende, le D^r Churchill émet hautement l'idée qu'il y a une importante connexion entre ces deux faits. Sans vouloir nous prononcer à cet égard, nous ferons observer que MM. Addison, Lasègue, et bien d'autres, assignent à l'encéphalopathie *albuminurique*, comme un de ses caractères les plus constants, de ne donner lieu à aucun phé-

nomène paralytique. C'est donc un sujet qui mérite de nouvelles recherches pour être éclairci.

Il est deux maladies, dont une est complètement inconnue sur notre continent, et l'autre très-rarement observée de nos jours, qui comptent parmi leurs symptômes des troubles du sentiment et du mouvement; nous voulons parler du beriberi et de l'éléphantiasis des Grecs.

Il paraît, d'après le rapport des D^{rs} J. Clark, Scott et Copland, à qui l'on doit les rares notions qu'on possède sur la première de ces affections, que la paralysie de la sensibilité et des mouvements constitue un des symptômes du beriberi; ce trouble atteint les membres supérieurs et inférieurs, et les extenseurs cessent les premiers de se contracter.

Quant à l'éléphantiasis des Grecs, ou *tsarâth* des Hébreux, la perte de la sensibilité de la peau sur les taches, qui sont, comme on sait, un des premiers symptômes de la maladie, a servi de fondement à sa division en deux espèces: éléphantiasis *anaisthetos* et *tuberculata*.

Enfin je place ici, faute de mieux, la mention de certaines paralysies survenant à la suite d'un long exercice des muscles; ces paralysies, qui se localisent en général aux muscles surmenés, sont parfois très-rebelles et s'accompagnent d'atrophie. Je ne fais également que nommer celles qui résultent d'une inflammation des muscles, et dont la paralysie du voile du palais à la suite d'angine, comme l'ont observé M. Bérard le premier et MM. Trousseau et

Lasègue ensuite, est un des plus curieux exemples.

Paralysies sympathiques. Le mot *sympathie* exprime un fait vrai, sans l'expliquer. Cette action qu'exerce un organe malade sur un point plus ou moins éloigné de l'économie est incontestable et incontestée; elle a été entrevue par les médecins de l'antiquité la plus reculée, par Hippocrate, Celse, Galien, et, plus près de nous, Boerhaave, Sydenham, Hoffmann, et Broussais surtout, lui ont fait jouer un grand rôle.

Les paralysies sympathiques existent, on n'en saurait douter; mais on ne doit pas les admettre avec légèreté, avant d'avoir profondément scruté l'état du malade, pour découvrir s'il n'y aurait pas derrière la maladie évidente à laquelle on attribue la paralysie quelque cause cachée d'où dérive en réalité cette dernière.

Cette réflexion vient naturellement à l'esprit, en lisant certaines compilations qui remplacent par le nombre des observations le défaut d'un choix sévère.

On connaît la théorie par laquelle Morgagni cherchait à se rendre compte du mécanisme des paralysies sympathiques, et qui se trouve dans sa 11^e lettre, *de Paralyti (de Sedib. et caus. morb.)*; c'est l'action réflexe qu'on invoque aujourd'hui. Quelle que soit l'explication, de trop nombreux faits ont été observés par des auteurs recommandables, Graves, Stanley, MM. Rayet, Zabriskie, Ken-

nedy, West, etc., pour que l'on hésite à admettre cette classe de paralysies.

Avant d'arriver à des faits mieux observés, citons, comme renseignements, des observations de paralysies des membres supérieurs à la suite d'empyème, rapportées par Hoffmann, Sauvages, et quelques auteurs.

Affections des reins. Les paralysies que provoque cet ordre de causes sont celles que l'on a le mieux étudiées.

M. Édouard Stanley est le premier, si je ne me trompe, qui ait parlé des paralysies survenues à la suite des maladies des voies urinaires, sans lésion des centres nerveux, dans un mémoire intitulé *de l'Irritation de la moelle et des nerfs dans les maladies des reins* (Lond. med.-trans., t. XVIII). MM. Hunt, de Darmouth, Rayet, Leroy d'Étiolles fils, Abeille, ont enrichi la science sur ce point en apportant de nouveaux faits.

La forme paraplégique est celle qu'adopte la paralysie dans le plus grand nombre des cas, cependant M. Stanley signale des paralysies des quatre membres. Quant aux symptômes de ces désordres, ils varient selon que l'affection rénale est aiguë et chronique. D'après M. Leroy d'Étiolles, si la néphrite est aiguë, la paralysie sera complète en peu de jours et même en peu d'heures; elle sera lente et progressive dans les cas contraires.

Dans le premier cas, il y a paralysie du sentiment et du mouvement, complète ou tout au moins très

prononcée; ce qui n'a pas lieu à un degré aussi marqué dans les observations de néphrite chronique. Le rectum et la vessie conservent leur contractilité, les membres ne subissent pas d'atrophie: deux signes différentiels entre les paralysies causées par une affection organique de la moëlle et les paralysies essentielles. Le pronostic du trouble nerveux n'a rien de grave, il est tout à fait subordonné à la maladie des organes génito-urinaires.

Maladies de l'utérus. Nous avons parlé en un autre point des paralysies qui se présentent pendant la grossesse ou après l'accouchement, et qu'on avait considérées jusqu'à présent comme sympathiques de l'état de l'utérus; nous n'y reviendrons pas.

En dehors des troubles de la menstruation et de la suppression des lochies, il est difficile de trouver des observations qui prouvent que les maladies de l'utérus peuvent déterminer des paralysies. H. Bennet, qui a, selon moi, singulièrement exagéré l'influence des affections de cet organe sur le reste de l'individu, ne parle que d'amauroses.

Lisfranc a observé deux cas de paralysies guéries avec la maladie de l'utérus. M. Gaudet indique un cas de déplacement suivi de paralysie, et le *Moniteur des hôpitaux* publiait, dans ses derniers numéros, une observation de M. Landry, extrêmement remarquable, autant par les troubles singuliers auxquels, selon l'auteur, un abaissement de la matrice donnait lieu, que par les effets du chloroforme, qui, en brisant la sympathie paralysante de l'utérus, remettait tout en ordre.

Les troubles de la menstruation peuvent produire des accidents de paralysie soit par la suppression du flux cataménial, soit par son exagération; mais, dans ces deux cas, la paralysie sera-t-elle bien sympathique? les observations de M. Moutard-Martin prouvent-elles bien ce qu'il veut prouver? n'avons-nous pas plutôt affaire à des paralysies par anémie?

Quant à celles qui succèdent à la suppression brusque des règles, nous partageons pleinement la manière de voir d'Ollivier (d'Angers), qui, après avoir rapporté quatre observations de paralysie par arrêt ou irrégularité dans la menstruation, attribue l'accident nerveux à une congestion de la moelle. L'application des sangsues fut suivie de guérison dans trois cas.

Affections gastro-intestinales. Le tube digestif est sans contredit celui qui, à l'état physiologique, entretient les plus nombreuses sympathies avec le reste de l'organisme: aussi comprend-on jusqu'à un certain point le rôle exagéré que Broussais fit jouer aux organes de la digestion dans l'explication des affections nerveuses. Depuis on est revenu sur ce que ces idées avaient d'outré, mais il n'en est pas moins resté dans la science des faits bien observés où le rôle de l'intestin est incontestable. Hoffmann, Sauvages, mais surtout Zimmermann et J. Frank, mentionnent des paralysies survenues à la suite de dysentéries, portant sur un bras, une jambe, ou la langue, ou sur plusieurs de ces points à la fois. Stoll signale l'embarras gas-

trique comme cause de paralysies, et ses observations ont été confirmées par les faits qu'ont recueillis MM. Golfin, de Montpellier, Trousseau et Sandras.

Graves a vu plusieurs cas de paralysies survenir à la suite de diverses affections abdominales, telles que des entérites, une gastro-duodénite, et des fièvres typhoïdes; mais, dans ces derniers exemples, il est porté à croire que la paralysie doit être attribuée à une congestion de la moelle, que lui révèle la douleur rachialgique.

La *Gazette médicale* a publié un mémoire du D^r Zabriskie (*de la Paralysie sympathique d'affections des viscères*, 1842) qui renferme plusieurs observations de paralysies développées, comme dans les cas de Graves, pendant le cours ou à la fin de maladies abdominales. Ce travail est terminé par les conclusions suivantes : 1^o l'inflammation précède toujours la paralysie; 2^o dans ces cas, l'autopsie ne fait trouver aucune lésion dans les centres nerveux; 3^o il est inutile de diriger le traitement vers le système cérébro-spinal; 4^o l'amélioration et la cure radicale se montrent à la suite d'un traitement adressé à la phlegmasie.

Chez les enfants, la coïncidence des accidents nerveux avec les souffrances intestinales est connue de tout le monde. Les D^r Badham, Kennedy et West surtout, ont insisté sur l'importance de ces dernières dans le développement des paralysies infantiles, et, dirigés par ces idées, leur traitement consiste en purgatifs et en altérants.

Je n'ai trouvé dans les recueils que trois ou quatre observations de paralysies causées par des vers intestinaux, ascarides, lombricoïdes ou ténias. Dans un cas, il y avait paralysie des quatre membres; dans un autre, les membres supérieurs seuls étaient pris; dans un seul cas, il est question de la sensibilité qui fut abolie. Citons enfin la paralysie bilieuse de Sauvages, survenant à la suite des coliques hépatiques, dont M. Fouquier a observé un cas, et une observation de paralysie intermittente compliquant une affection du foie.

Il est deux maladies qu'on s'étonnera peut-être de ne pas trouver au nombre des paralysies que nous venons d'étudier : la paralysie progressive des aliénés, et ce que M. Thouvenet a appelé dans sa thèse *paralysie atrophique*. Nous devons, en peu de mots, exposer les motifs qui nous ont engagé à les repousser de notre cadre.

La paralysie progressive des aliénés n'est pas pour nous une affection essentielle; elle se caractérise par des lésions cérébrales que M. Lasègue, dans sa thèse pour l'agrégation (*de la Paralysie générale progressive*), croit pouvoir ranger en deux ordres, qui répondent à deux périodes de la maladie : 1° congestion sanguine ou inflammatoire, 2° épanchement séreux et atrophie.

Je sais que la constance de ces lésions n'est pas admise par tous les auteurs, et que MM. Lélut, Thore, Aubanel, etc., ont recueilli plusieurs observations où elles avaient fait complètement défaut; mais ces cas se rapportaient-ils à la paralysie pro-

gressive générale des aliénés, ou bien à ces autres paralysies générales, hystériques, chlorotiques, saturnines ou alcooliques, dont nous avons tracé les principaux traits dans le cours de ce travail, et qui peuvent, surtout les deux dernières, en présentant des troubles psychiques, en imposer si facilement et faire croire à la paralysie des aliénés. Nous croyons que cette confusion a dû avoir lieu; c'est pour cela que nous pensons ne pas devoir parler de cette dernière.

Quant à ce qu'on a appelé *paralysie atrophique*, cette dénomination nous paraît impropre, parce qu'elle exprime une erreur, et nous nous rangeons pleinement à l'opinion de MM. Aran et Duchenne.

Cette affection est primitivement une altération de la fibre musculaire, qui se transforme en graisse.

Traitement. — Le traitement des paralysies essentielles comporte deux indications : éloigner la cause des désordres, combattre après ou simultanément, selon les cas, la paralysie elle-même.

Je n'ai rien à dire sur les moyens de remplir la première indication; ils sont aussi variables que les causes contre lesquelles on doit les diriger.

Quant au traitement du trouble nerveux en lui-même, il se compose de médications tirées soit des agents physiques, soit de la matière médicale.

En premier lieu, nous devons mentionner l'électricité. On sait combien, depuis l'époque où Jallabert l'introduisit dans la médecine (1740), elle a eu de la peine à s'y maintenir. Aujourd'hui, grâce à

l'emploi de l'électricité dynamique, à la perfection des instruments qui permettent de doser pour ainsi dire le fluide, aux modes variés de son application. C'est à M. Duchenne qu'on doit la plupart des perfectionnements introduits, pendant ces dernières années, dans l'emploi de cet agent; on trouvera dans ses mémoires, et surtout dans son dernier ouvrage de *l'électrisation localisée*, tout ce que l'on doit savoir pour faire un usage judicieux autant qu'utile de l'électricité. Je ne saurais donc mieux faire que d'y renvoyer.

La strychnine est après l'électricité l'agent qui mérite le plus de confiance. On sait que l'introduction non pas de la strychnine, mais de la noix vomique, en médecine, est due à M. Fouquier, et que ses premières tentatives furent dirigées contre les hémiplegies. Répétées depuis par un grand nombre de médecins, elles ont fourni des résultats remarquables, soit dans les paralysies des membres, soit dans celles des sens, de l'amaurose en particulier, et des paralysies des viscères, tels que la vessie et le rectum; on connaît les précautions que commande l'énergie de ce médicament. Je passe sous silence les essais que l'on a faits avec le *rhus radicans*, la brucine, la vératrine, le seigle ergoté, etc., pour mentionner les bains sulfureux ou alcalins, les rubéfiants, les frictions avec des substances excitantes, la flagellation, le massage et la percussion.

