

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Guillain - Barré (syndrome
de)**

**LANDRY, O. - Note sur la paralysie
ascendante aiguë**

*In : Gazette hebdomadaire de médecine et de
chirurgie, 1859, Vol. 6, pp. 472-4*

nien, ce qui les rapproche par le siège des tumeurs qui font l'objet de ce travail. Mais la ressemblance est bien plus marquée avec un autre genre de tumeurs sanguines du crâne : ce sont celles qui se développent quelquefois pendant le cours d'un accouchement laborieux, et auxquelles on a donné le nom de céphalotomes proprement dits. En lisant la description de ces derniers, telle qu'elle résulte des recherches de Nægele, de Zeller, de MM. Paul Dubois et Valleix, on retrouve tous les traits saillants des tumeurs sanguines des oreilles. Ce sont, en effet, des masses fluctuantes constituées par du sang épanché entre la face externe de l'os et le péricrâne décollé; le liquide de l'épanchement subit la même série de transformations, sans que les téguments présentent de teinte ecchymotique; enfin le péricrâne détaché exhale à sa face interne une couche osseuse de nouvelle formation, marquée surtout au pourtour du décollément. Tout concourt donc à rapprocher l'une de l'autre ces deux maladies et à montrer quelle parfaite analogie existe entre la membrane qui recouvre les os et celle qui revêt les cartilages.

Les idées émises dans le courant de ce mémoire peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

- 1° Les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille que l'on observe chez les aliénés sont constituées par du sang épanché, non sous la peau, mais sous le périchondre détaché du cartilage.
- 2° Le périchondre ainsi détaché revient sur lui-même à mesure que le sang épanché se résorbe, et il entraîne dans son retrait les autres portions du pavillon, ce qui explique la déformation consécutive à ce genre de tumeurs.
- 3° Le périchondre exhale à sa face interne un cartilage de nouvelle formation qui forme tantôt une couche unie à toute sa surface, tantôt des îlots indépendants plus ou moins éloignés les uns des autres. Ces produits sont la cause de l'épaississement des oreilles qui ont été le siège de tumeurs sanguines.
- 4° La formation des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille est le plus souvent précédée et accompagnée d'un trouble général dans la circulation céphalique, et il est digne de remarque que l'augmentation de rougeur, de chaleur et de sensibilité que l'on constate dans ces cas ressemble d'une manière frappante à ce que l'on observe chez les animaux auxquels on a coupé le grand sympathique au cou ou enlevé le ganglion cervical supérieur. Quoiqu'il soit impossible jusqu'à ce jour de conclure de ce rapprochement rien de précis, il est permis d'espérer que de nouvelles études, poursuivies dans cette voie, pourront jeter un certain jour sur l'étiologie des congestions et des hémorrhagies des différentes parties de la tête.

ACHILLE FOVILLE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR LA PARALYSIE ASCENDANTE AIGUE,
par le docteur O. LANDRY.

L'objet de cette note est de signaler un état morbide assez rare et généralement inconnu, mais qui mérite de figurer parmi les affections les plus remarquables des cadres pathologiques.

Dans un assez grand nombre de paralysies, auxquelles convient la qualification générique d'*extenso-progressives*, les troubles fonctionnels, d'abord restreints à une partie limitée du corps, s'irradient graduellement plus ou moins loin de leur point de départ. Cette propagation s'effectue tantôt de proche en proche, et d'après un ordre bien déterminé; tantôt, au contraire, sans régularité et comme au hasard. On peut appeler les paralysies de ce dernier groupe : *extenso-progressives irrégulières*, et à celles du premier, bien plus importantes à connaître, donner le nom d'*extenso-progressives ascendantes*, ou, plus simplement, de *paralysies ascendantes* ou *centripètes*. Dans ces affections, en effet, les symptômes

partis des extrémités des membres gagnent successivement les régions les plus élevées du corps, ou les plus centrales relativement au système nerveux, augmentant peu à peu d'intensité dans les organes envahis. Ces symptômes tendent fréquemment à se généraliser, et produisent alors une *paralysie générale* très distincte, sous tous les rapports, de celle des aliénés.

Je n'ai pas l'intention de présenter ici la description de cette forme, bien indiquée par Ollivier (d'Angers) et Sandras, et qui caractérise plusieurs affections déjà étudiées; j'ajouterai seulement que, presque toujours lente dans ses progrès, elle parcourt parfois ses périodes avec une rapidité extrême, et peut devenir très promptement grave ou même mortelle. C'est cette variété que je me propose de faire connaître sous la dénomination de *paralysie ascendante* ou *centripète aiguë*. Par sa marche à la fois insidieuse et précipitée, par ses symptômes d'abord mal déterminés et ses effets presque foudroyants, enfin par l'absence de toute lésion nerveuse appréciable, la paralysie ascendante aiguë rappelle certains caractères des maladies malignes ou pernicieuses, et, à ce seul point de vue, mériterait de fixer spécialement l'attention des médecins, si elle n'était, en elle-même, intéressante à tous égards. Je présente comme un fait de ce genre, et comme exemple complet et authentique, une observation récemment recueillie dans le service de M. Gubler, à l'hôpital Beaujon.

Obs. — *Paralysie ascendante aiguë généralisée. — Mort. — Autopsie. — Nulle lésion appréciable du système nerveux.* — Grelhier (Jean-Baptiste), âgé de quarante-trois ans, paveur, entré le 4^{er} juin 1859 à l'hôpital Beaujon, service de M. Gubler, salle Saint-Louis, n° 22. Petite taille (1^m.50), faible constitution, maigre, teint peu coloré, cheveux châtains, yeux gris, pas de tempérament exclusif.

Le père du malade, mort à l'âge de soixante-huit ans, paraît avoir été paralysé pendant les dernières années de sa vie; sa mère, ses frères et ses sœurs n'ont jamais eu aucune affection semblable à celle qui le conduisit à l'hôpital.

Cet homme, d'une chétive constitution, a été surtout malade dans son enfance; il dit avoir eu de quatre à neuf ans une fièvre intermittente rebelle, à la suite de laquelle il resta faible et languissant, et un rhumatisme articulaire de longue durée à l'âge de quinze ans. Depuis cette époque jusqu'en 1858, sa santé n'a été troublée que de loin en loin par quelques indispositions qu'il ne peut caractériser. Il n'avait d'autre accident vénérien qu'une gonorrhée suivie de tuméfaction avec douleur vive des testicules, mais pas de chancres ni d'engorgement des ganglions inguinaux.

Dans le cours de l'année 1858-59, la santé de Gr... a été compromise par une série à peine interrompue d'affections de plus en plus sérieuses. En juillet 1858, il fut pris subitement d'un frisson, suivi de fièvre, de malaise général, puis de symptômes vagues, dont il ne sait pas rendre compte. Il resta plusieurs semaines au lit; aucun traitement actif ne fut mis en œuvre; la convalescence fut courte et franche; l'appétit et les forces revinrent promptement.

Trois mois après, en novembre, nouveau frisson, accompagné de fièvre et d'une douleur dans le bras gauche, qui se déplaça les jours suivants et parcourut successivement les quatre membres. Gr... ne peut dire si ces douleurs furent plus intenses au niveau des articulations que dans les parties molles, mais il affirme qu'il n'y a jamais eu ni rougeur ni tuméfaction. Elles étaient continues, sourdes, plus aiguës au moindre mouvement. Elles ont duré trois semaines, pendant lesquelles Gr... ne garda pas toujours le lit.

Dès qu'il se trouva mieux, il revint à son ouvrage de paveur, et travailla jusqu'au 16 mars. Cependant, l'appétit était inégal, souvent nul, les forces ne se réparaient pas, la fatigue venait vite, il y avait un vague malaise général, etc.

Au commencement de janvier 1859, se manifestèrent quelques symptômes peu marqués du côté de l'arrière-gorge. Gêne de la déglutition, petite toux continue, provoquée par la sensation d'un corps à expulser du pharynx; du reste, pas de fièvre, peu ou point de douleur. Ces phénomènes ont persisté, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration, mais sans devenir jamais trop pénibles.

Le 16 mars, Gr... éprouva subitement un frisson très vif au milieu de son travail, avec point de côté et toux. La fièvre survint ensuite, et il s'établit une expectoration abondante. Le médecin appelé déclara le malade atteint de « fluxion de poitrine, » pratiqua trois saignées, puis administra des potions vomitives, fit appliquer des vésicatoires volants sur la partie postérieure gauche du thorax, et prescrivit une diète sévère. Pen-

dant dix-huit jours, Gr... ne prit aucun aliment; au bout de ce temps, on lui permit quelques bouillons. La convalescence fut lente, le malade ne put reprendre son ouvrage que le 9 mai, et à cette époque il était encore très faible et mangeait à peine. Les forces, loin de revenir, ne cessèrent de diminuer. Le 15 mai, Gr... dut abandonner son travail, et sentant la faiblesse augmenter encore, il se décida à entrer à l'hôpital, où il fut admis le 4^{er} juin.

Dès le 11 ou le 12 mai, le malade avait ressenti des fourmillements aux extrémités des doigts et des orteils. Ces sensations, d'ailleurs peu gênantes, restèrent limitées aux parties indiquées, et Gr... s'en préoccupa à peine.

D'ailleurs, quoiqu'éprouvant une faiblesse générale, il restait maître de tous ses mouvements, et, sauf la fatigue inaccoutumée qui lui causait le travail, tous ses membres lui rendaient les services habituels. Le 1^{er} juin, il vint sans peine de Boulogne-sur-Seine à l'hôpital Beaujon, à pied, et jusqu'au 13 juin ne présenta aucun symptôme appréciable. Il ne se plaignait lui-même d'autre chose que d'un sentiment de faiblesse universelle. D'après son aspect extérieur, ses plaintes semblaient même exagérées, et M. Gubler ne trouvant aucun motif pour y ajouter foi, en suspectait la sincérité.

Le 13 juin, Gr... s'aperçut qu'en marchant ses genoux fléchissaient souvent. Le lendemain, ces flexions devinrent plus fréquentes, et ses pieds lui paraissaient lourds, comme collés au sol, difficiles à lever. Depuis quelques jours déjà les fourmillements avaient gagné la totalité des pieds, et graduellement les jambes et les cuisses. Aux membres supérieurs, ils s'étaient propagés jusqu'aux bras. Ces sensations s'avançaient de bas en haut, formant comme un bracelet assez étroit autour des parties envahies, et laissant au-dessous d'elles, au fur et à mesure qu'elles remontaient, les membres engourdis comme par le froid.

Les jours suivants, la marche devint de plus en plus difficile. Le malade ne pouvait pas lever les jambes. Leurs mouvements de propulsion étaient lents et se faisaient en traînant le pied sur le sol.

Le 17 juin, à la visite du matin, Gr... prétend ne plus pouvoir marcher ni se tenir debout. On le fait lever soutenu par deux personnes, et on voit en effet que les membres inférieurs fléchissent bientôt si on l'abandonne à ses propres forces. Quand il essaye de marcher, les mouvements qu'il exécute sont lents et mous, et non brusques et désordonnés. Ses pieds ne quittent pas le sol et sont ramenés en avant, en rasant le plancher, et non vivement et irrégulièrement projetés. Au lit, il ne peut soulever ni l'un ni l'autre des membres inférieurs au-dessus du matelas. C'est avec peine qu'il parvient à fléchir la cuisse sur le bassin. Étant sur le dos, il cherche inutilement à se mettre sur le côté; il tourne le tronc assez facilement, mais il ne réussit pas à entraîner les membres pelviens. Les mouvements des membres supérieurs sont peu modifiés. Il se sert des doigts et des mains avec une vigueur suffisante pour s'accrocher et se soutenir aux personnes qui l'aident à marcher, quand elles font mine de vouloir l'abandonner à lui-même. Il se plaint cependant d'une certaine rigidité des doigts, qui lui semblent comme tuméfiés, quand il veut les fléchir, ou comme entourés et comprimés par des liens, « ficelés. » Il a éprouvé depuis plusieurs jours, et éprouve encore la même sensation dans les orteils quand il les agite. D'ailleurs ces sensations ne se produisent que pendant les mouvements spontanés, et non dans les mouvements imprimés; les articulations ne présentent rien d'anormal, et les parties paralysées sont parfaitement souples. De tous les mouvements des membres thoraciques, ceux d'élevation du bras sont seuls bien sensiblement affaiblis. Gr... ne peut élever le bras jusqu'à lui donner une position horizontale, ni l'y maintenir quand on l'y place. Cela est surtout marqué à droite.

Pas de fièvre; nulle douleur, ni dans les membres ni le long de l'axe vertébral; pas de céphalalgie, pas de contracture, pas de mouvements convulsifs ni réflexes quand on essaye d'en provoquer. Sensibilité seulement un peu obtuse à la plante des pieds. Intelligence normale. Peu d'appétit, mais aucun trouble des voies digestives. L'état général est tel, en un mot, que M. Gubler craint encore de se laisser tromper par quelque supercherie.

20 juin. La paralysie du mouvement n'a pas cessé d'augmenter dans les parties déjà envahies et de se propager à celles qu'elle avait d'abord respectées. Elle est aujourd'hui presque complète dans les membres inférieurs. Les membres supérieurs ne rendent plus aucun service au malade depuis hier, bien que leurs mouvements ne soient pas entièrement abolis. Les fourmillements, qui ont continué de remonter, se font maintenant sentir autour du thorax et à la base du cou. Gr... se plaint d'un peu de gêne de la respiration, d'une sorte de constriction pénible du thorax; il parle aussi d'une « barre » à l'épigastre, qui met obstacle aux inspirations. En examinant la poitrine, on reconnaît que les côtes sont soulevées en bloc et que leurs mouvements individuels sont très bornés. En outre, l'épigastre se creuse légèrement pendant l'inspiration et se soulève dans l'expiration. Ce signe, très accusé quand le malade est couché sur le dos,

l'est à peine lorsqu'il est assis. Gr... peut encore faire effort, et quand il l'essaye, on voit l'épigastre saillir comme à l'état normal. Dyspnée légère, parole un peu entrecoupée, expectoration sans énergie. Le malade prétend aussi sentir sa langue comme épaissie et moins mobile; la mâchoire lui semble plus lourde, et il trouve les aliments plus durs qu'à l'ordinaire; enfin il y a un peu de dysphagie. L'état général reste le même que les jours précédents.

21 juin. Ce matin, à la visite, on trouve tous les symptômes plus prononcés que la veille. Aspect cachectique, toux, expectoration muqueuse abondante, sueurs habituelles.

Pouls assez rapide (de 85 à 90 pulsations à la minute), mais petit et à pressible; la chaleur, généralement peu élevée, est diminuée dans les membres, surtout à leurs extrémités. Bruits du cœur normaux, système veineux peu développé.

Appétit médiocre, langue bien naturelle, petite, conique et rose. Fonctions digestives régulières. Les selles et les urines ne présentent rien à noter.

Il existe aujourd'hui une paralysie du mouvement à peu près générale, mais plus ou moins complète dans les différentes régions du corps. En bloc, elle est d'autant plus prononcée qu'on s'éloigne davantage de la tête, comme on peut le voir par l'exposé détaillé qui va suivre:

Membres inférieurs. — Ces membres ne peuvent plus exécuter qu'un très léger mouvement de totalité. A quelque effort que se livre le malade, il ne parvient pas à les élever au-dessus du plan sur lequel ils reposent. Les seules contractions musculaires appréciables pendant ces tentatives sont celles du triceps crural. Voici du reste quel est l'état de la mollesse pour chaque segment: les mouvements des orteils et des pieds sont absolument abolis, et toute la volonté de Gr... ne détermine pas la moindre contraction dans les muscles de la jambe. Si l'on soulève la cuisse, le malade peut étendre la jambe et la maintenir même assez longtemps dans l'extension, mais au moindre effort de pression exercée sur elle, elle cède, fléchit et retombe comme un corps inerte. Même en soutenant la jambe, pour alléger le poids du membre, on n'obtient aucun mouvement de la cuisse sur le bassin. Flexion, adduction, abduction, extension, rotation, tout est complètement aboli. Pendant les efforts du malade, on voit pourtant et on sent avec la main des contractions dans les abducteurs; rien de semblable dans les muscles fessiers. Au total, la paralysie est moins complète dans les muscles antérieurs et internes de la cuisse que dans ceux qui dépendent du grand sciatique quant à leur innervation.

Membres supérieurs. — Les mouvements de totalité des membres supérieurs sont très bornés; l'abduction et l'élevation du bras sont complètement impossibles. Si on le place à angle droit sur l'épaule, aussitôt il retombe sans que le malade puisse s'opposer à sa chute ou la modérer. On voit pourtant alors, et on sent avec la main, le deltoïde se contracter, mais d'une manière évidemment insuffisante. La rotation du bras en dedans ou en dehors s'exécute avec mollesse et incomplètement. Dans le reste du membre, la paralysie semble moins complète, mais toujours d'autant plus qu'on s'éloigne davantage de sa racine. L'écartement des doigts est à peine indiqué par quelques oscillations; l'adduction et l'opposition du pouce sont à peu près nulles; les doigts sont à demi fléchis, et le malade ne peut en augmenter la flexion que très légèrement; aussi ne peut-il serrer ni tenir les objets qu'on lui place dans la main. L'extension des doigts et des poignets est presque impossible; les mouvements de latéralité ou de rotation de la main sont très restreints. A gauche, le malade fléchit et étend assez bien l'avant-bras sur le bras, mais la moindre résistance suffit pour l'en empêcher. A droite, ces mêmes mouvements sont plus faibles encore, et surtout beaucoup plus limités.

Tronc, etc. — La station assise est impossible, et quand on met le malade dans cette position, il ne peut la conserver si on ne l'y maintient, et retombe en arrière ou de côté. Les muscles abdominaux se contractent volontairement, mais d'une manière peu énergique. Les parois thoraciques se soulèvent en bloc pendant l'inspiration, par la seule action des muscles cervicaux, et les dimensions des intervalles intercostaux ne changent pas d'une manière sensible. Le trapèze et les muscles pectoraux se contractent encore assez bien, et Gr... porte sans peine en avant, en arrière ou en haut le moignon de l'épaule; cependant un léger effort de ma part annule tous ces mouvements. Pendant qu'ils s'accomplissent ou quand le malade fait de grandes inspirations, le grand dentelé ne paraît nullement agir. Du reste, le scapulum conserve son attitude normale.

Si l'on fait asseoir le malade, sa tête tombe en avant ou latéralement, et il ne la relève qu'avec effort.

Le diaphragme participe évidemment à la paralysie, car au moment de l'inspiration, et surtout d'une inspiration profonde, l'épigastre s'excave fortement et se soulève dans l'expiration. Gr... peut encore faire effort, mais pour un temps très court, et reste ensuite épuisé, essouffé.

La respiration est donc gravement compromise: d'après ce qui pré-

cède, en effet, l'aplatissement du thorax est incomplète, à la fois par défaut de mouvement des côtes et du diaphragme. A chaque inspiration, les sterno-mastoïdiens et les scalènes se contractent avec force; sensation d'oppression très pénible; dyspnée marquée, respiration fréquente, haleine courte, parole entrecoupée, voix assez puissante, mais faiblissant par intervalles. La toux manque d'énergie; l'expectoration, l'expectation même deviennent presque impossibles.

Dysphagie, mâchoire plus lourde, difficulté de la mastication, langue moins mobile, sentiment de rigidité et d'épaisseur de l'organe. La prononciation est épaisse, mais toutes les lettres sont nettement articulées. Pas de tremblement des lèvres ni de la langue. Aucun trouble appréciable des mouvements des yeux et de la face; toutefois le malade accuse des fourmillements et de la rigidité dans les joues.

Le malade vient encore d'uriner spontanément et d'avoir une selle. Il n'a jamais cessé de sentir le besoin d'uriner et de le satisfaire à son gré.

Les mouvements qui ne sont pas entièrement abolis sont mous, faibles, lents, peu étendus, mais, sans exception, bien mesurés, bien coordonnés. En aucun point on n'observe ces oscillations, ces tremblements, ces contractions déréglées qui appartiennent à la paralysie générale des aliénés ou à la paralysie du sens musculaire.

L'irritabilité musculaire est partout bien normale; les muscles, peu volumineux, ne paraissent pourtant pas atrophiés; enfin les cordons nerveux accessibles à l'électricité restent tous excitables.

Pas de rétraction tendineuse, pas de contracture ni de convulsions partielles ou générales à aucune époque de la maladie. On ne parvient pas à provoquer le moindre mouvement réflexe, même en variant les excitations de toutes manières.

La sensibilité est beaucoup moins compromise que la motilité. Les sensations de douleur et de température ne sont modifiées nulle part; celles d'activité musculaire, bien conservées dans la presque totalité du corps, sont abolies dans les muscles moteurs des pieds et des orteils. Gr..., en effet, n'a conscience ni des mouvements imprimés à ces parties, ni des contractions provoquées dans les muscles dont il s'agit au moyen de l'électricité. Il sent pourtant fort bien la douleur de crampes et la douleur étendue produites par ce dernier mode d'excitation. Partout ailleurs, les sensations d'activité musculaire persistent et ne sont même pas diminuées. Les simples contacts pratiqués avec des corps à température indifférente ne sont plus perçus à la plante et sur le dos des pieds. Au niveau du tiers inférieur des jambes, Gr... commence à sentir vaguement ces impressions, qui deviennent ensuite de plus en plus distinctes à mesure que l'on remonte vers le tronc. Aux membres supérieurs, l'anesthésie ne dépasse pas le tiers inférieur de l'avant-bras, et n'est complète qu'à la pulpe des doigts. Enfin, la sensibilité aux contacts est obtuse sur la partie postérieure et latérale du tronc. Dans ces régions, Gr... sent lorsqu'on le touche, mais il n'établit aucune différence entre l'atouchement simple et le frottement de la peau, entre le contact de la main et celui d'une étoffe de laine promenée sur le corps. Là, du reste, comme partout où l'anesthésie est peu prononcée, il perçoit les chocs ou les contacts peu ménagés et non les impressions légères que l'on produit en effleurant la peau avec l'extrémité du doigt ou avec une barbe de plume.

Le malade accuse dans les membres paralysés, principalement aux extrémités, un sentiment de torpeur ou d'engourdissement qu'il compare à l'effet d'un froid intense; il dit aussi les sentir toujours froids. Et, en effet, ces parties, quoique bien couvertes, et malgré la température élevée de la saison et la rapidité du pouls (85 à 90 pulsations) sont évidemment froides; les pieds, en particulier, ont une température cadavérique.

Les sens spéciaux sont tous normaux.

L'intelligence, naturellement peu développée, du malade n'a pas été modifiée. Aujourd'hui je crois même remarquer plus de lucidité dans ses réponses, plus de netteté, plus de choix et de propriété dans les expressions; ce qui, il est vrai, peut tenir à moins de timidité que les jours précédents.

L'état général ne présente d'ailleurs rien d'alarmant; la physionomie du malade est fort calme, et c'est à peine si au premier abord on remarque la dyspnée dont il se plaint. Il exprime cependant quelques appréhensions sur son état, et par moments semble éprouver de tristes pressentiments.

Traitement. — Frictions sur les membres avec le liniment volatil térébenthiné; quinquina; électrisation. Alimentation substantielle, côtelettes, vin de Bordeaux. Cet ensemble de moyens est déjà mis en usage depuis plusieurs jours.

Dans la journée, les accidents se sont encore aggravés. Vers quatre heures, la dyspnée était extrême, la parole très entrecoupée et faible; la face et le cou étaient légèrement cyanosés et couverts d'une sueur froide. Le malade se plaignait d'un obstacle à l'entrée de l'air par la bouche et les narines, et accusait une sensation de constriction au niveau du larynx.

A cinq heures, sur les instances de la sœur de service, il se décide à

manger, mais ne peut avaler. Il demande alors à être placé sur son séant, pour faciliter la respiration et la déglutition; mais après quelques instants il s'affaisse en demandant du secours, pâlit et meurt subitement, huit jours révolus après le début de la paralysie.

Autopsie, le 23 juin, à neuf heures (beau temps, + 17° centigr.), quarante heures après la mort.

Le cadavre conserve, à peu de chose près, l'aspect de la vie. Rigidité cadavérique assez prononcée.

Le crâne et la colonne vertébrale sont ouverts avec précaution. Les sinus sont gorgés de sang; après l'incision de la dure-mère, on trouve également les veines des méninges céphalo-rachidiennes remplies de sang. Mais il n'existe aucune apparence d'épanchement ni dans la cavité de l'arachnoïde, ni dans la trame de la pie-mère; fort peu même de sérosité; pas de dépôts plastiques; aucune trace de plegmasie.

Les circonvolutions cérébrales et les lames cérébelleuses ont leur coloration et leur consistance normales; sur la partie moyenne de l'hémisphère gauche, on voit seulement quelques plaques d'une fine arborisation, qui d'ailleurs ne pénètre pas dans la substance grise. Dans ces points comme sur toute la surface de la masse encéphalique, on enlève aisément les méninges sans déchirer le tissu sous-jacent.

L'examen le plus minutieux ne fait découvrir aucune altération ni dans la moelle allongée, ni dans le cervelet, ni dans aucune partie du cerveau proprement dit. Les substances blanche et grise conservent leur aspect ordinaire. Pas de piquet rouge; ni congestion, ni anémie de la pulpe nerveuse, ni ramollissement, ni induration. Aucune trace d'épanchement sanguin ancien ou récent, soit dans l'épaisseur du parenchyme, soit dans les ventricules, etc.

Même intégrité de la moelle dans toute son étendue et dans tous ses éléments; origines nerveuses très belles. Des segments de l'organe, pris à diverses hauteurs, ont été soumis à l'examen microscopique par MM. Bourguignon, Gubler, Ch. Robin et par moi-même, et les résultats de ces différents examens ont été identiques. Intégrité complète des deux substances blanche et grise.

Les muscles sont d'un beau rouge, et quelques portions du muscle solaire, examinées au microscope, ont les caractères normaux du tissu contractile.

Le thorax étant ouvert, on constate du côté droit des adhérences très solides. Le poumon droit présente presque partout une coloration lie de vin et une apparence splénique; son tissu est plus dur et plus friable que le tissu pulmonaire sain; des morceaux, jetés dans l'eau, surnaagent cependant. Le poumon gauche, en grande partie intact, offre par places le même aspect que le droit. Dans quelques points, son parenchyme est encore plus fortement coloré et paraît infiltré de pigment noir. Ça et là, dans les deux poumons, quelques particules crétacées; mais nulle part de tubercules crus ou ramollis.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

EN RÉSUMÉ, un homme de quarante-trois ans, d'une chétive constitution, débilité encore par une série d'affections aiguës successives, par des émissions de sang et une diète prolongée, éprouve, pendant une convalescence lente et incomplète, un sentiment de faiblesse générale qui augmente graduellement, mais sans aucun symptôme appréciable de paralysie. Bientôt surviennent des fourmillements aux orteils et aux doigts, d'abord limités à ces parties, sans que le mouvement et la motilité en soient modifiés.

Après une période prodromique de six semaines environ, caractérisée par ces phénomènes, les fourmillements des extrémités gagnent de proche en proche les parties plus élevées des membres, remplacés par de l'engourdissement, puis par la paralysie des parties qu'ils abandonnent successivement. La paralysie, qui frappe surtout la motilité, se propage avec rapidité des pieds au reste des membres inférieurs, puis aux membres supérieurs, au tronc, aux muscles respirateurs, à la langue, etc. L'abolition du mouvement est d'autant plus complète, qu'on se rapproche davantage des extrémités; la miction et la défécation restent normales jusqu'aux derniers moments. L'irritabilité et la nutrition musculaire, l'excitabilité des cordons nerveux ne sont nulle part altérées. Pas de contracture, pas de convulsions partielles ou générales, pas de tremblement fibrillaire ni de mouvements réflexes. A aucun moment de la maladie le malade n'accuse de douleur dans les membres, le long du rachis ou de la tête, et la pression n'en développe en aucun point. Pas d'appareil fébrile. Intelligence normale.

Enfin, la respiration devient de plus en plus incomplète, des symptômes d'asphyxie se manifestent, et le malade meurt subitement huit jours après l'apparition des premiers phénomènes paralytiques.

L'autopsie ne révèle aucune lésion saisissable du système nerveux. On trouve seulement les traces d'une pleurésie et d'une pneumonie de date récente.

(La suite prochainement.)