

**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. 486-8*

— Nous avons déjà plusieurs fois appelé l'attention du lecteur sur la mort subite des accouchées, et l'on a vu que l'une des causes de ce terrible accident consistait dans l'oblitération de l'artère pulmonaire par une concrétion sanguine (*Gazette hebdom.*, 1858, p. 755, 784 et 838, *Mémoire de M. Charcot*). Un fait de ce genre vient d'être communiqué par M. Draper Mackinder à la *Société obstétricale de Londres*. La mort avait eu lieu le dix-septième jour de l'accouchement; un large caillot obturait complètement l'artère pulmonaire droite et ses premières ramifications, et l'embouchure de l'artère gauche en contenait un autre, de consistance très ferme. Un membre de la Société, M. Graily Hewitt, a pris occasion de ce fait pour donner quelques détails relatifs à l'autopsie de la duchesse de Nemours, enlevée, comme on se rappelle, par un accident de même nature. La concrétion occupait l'artère pulmonaire et plusieurs de ses ramifications; elle offrait une grande fermeté, et ne pouvait avoir été formée après la mort.

Ce qui nous détermine à enregistrer ces faits, c'est moins la satisfaction de grossir les éléments d'une des questions les plus intéressantes de la pathologie, que le désir de rappeler, avec M. Priestley, que, dans l'état actuel de la science, de telles observations ne sont pas complètes, tant qu'on n'a pas exploré avec soin tout le système veineux de l'économie, principalement les veines iliaques, afin de pouvoir déterminer si les caillots de l'artère pulmonaire ont été formés sur place ou y sont arrivés par migration.

— Nous disons quelques mots à l'article *Bibliographie* relativement à la ponction du globe oculaire dans la glaucome. Nous trouvons précisément sur le traitement chirurgical du glaucome, dans le *MEDICAL TIMES* (n° 472), une observation de M. Haynes Walton, qui tend à montrer que la pratique recommandée, non sans de grandes réserves, par Mackenzie, c'est-à-dire l'extraction du cristallin et l'évacuation d'une portion de l'humeur vitrée, peut être avantageuse, même dans une période très avancée du mal. Il s'agit d'une dame chez laquelle un glaucome de l'œil gauche, avec violente injection, dilatation de la pupille, propulsion de l'iris en avant, déterminait des douleurs intolérables. M. H. Walton fit l'extraction de la lentille et donna issue à un peu d'humeur vitrée. La douleur fut aussitôt calmée, et les suites de l'opération ne furent traversées par aucun accident. Il y a maintenant cinq semaines que cette opération a eu lieu. La douleur n'est pas revenue, l'œil a presque une apparence normale,

la pupille adhère seulement sur un point à la cicatrice de la cornée. L'auteur ne dit pas ce qui est advenu de la vision. Il semble, du reste, à la lecture de son observation, qu'il ne connaisse pas les recherches des ophthalmologues modernes sur ce point, et il est manifeste au moins qu'il n'a pas eu en vue l'amélioration de la faculté visuelle, mais seulement l'apaisement de la douleur. Le succès qu'il a obtenu sous ce rapport ne doit pas faire oublier que toute opération pratiquée sur un œil glaucomateux peut devenir l'occasion d'une désorganisation totale.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

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

(Suite et fin. — Voir le numéro 30.)

Voilà donc une paralysie rapidement généralisée et terminée par la mort en peu de jours, que rien n'explique à l'autopsie, et dont aucun symptôme ne pouvait faire soupçonner, au début, le fatal et si prochain dénouement. Les témoins de ce fait ont, au contraire, remarqué un étrange contraste entre la gravité réelle de l'affection et le calme parfait de la scène morbide. Tout s'est borné à la diminution graduelle de la motilité, s'étendant de proche en proche des extrémités aux parties supérieures, des membres au tronc, et entraînant une asphyxie tranquille quand la paralysie s'est propagée aux muscles indispensables à la respiration. Telle a été l'apparence bénignité du mal, que l'état de cet homme, considéré d'abord comme exagéré à dessein ou même tout à fait simulé, n'inspirait encore aucune inquiétude huit heures avant la mort. La marche à la fois insidieuse et rapide des accidents, leur terminaison funeste et imprévue, autorisent, comme je l'ai déjà dit, à rapprocher cette affection des maladies malignes ou pernicieuses.

J'ai personnellement observé quatre autres faits semblables, et, dans le cours de mes recherches bibliographiques, j'en ai encore réuni cinq qui, ajoutés aux précédents, composent un total de dix cas.

Si j'avais à faire ici une description régulière, je signalerais, entre ces divers exemples, des différences assez importantes quant à leur ordre d'invasion, quant à l'état de l'irritabilité musculaire, etc. Mais je n'ai d'autre intention, en ce moment, que d'indiquer les caractères principaux d'un groupe intéressant, et je me bornerai à en présenter un rapide résumé.

La chaleur vitale réside dans les six intestins, qui sont : l'intestin grêle, la vésicule biliaire et l'uretère à gauche, le gros intestin, l'estomac et l'uretère à droite.

Parties de ces organes, la chaleur vitale et l'humidité radicale sont distribuées dans toutes les parties du corps par le sang et les esprits, à l'aide de douze canaux émanés des douze centres de chaleur et d'humidité.

Une sympathie étroite relie entre eux les divers organes internes, et chacun d'eux se trouve dans un rapport intime avec l'un des cinq éléments naturels : la terre, l'air, les métaux, l'eau et le feu. C'est ainsi que le feu gouverne le cœur, l'air régit le foie et la vésicule biliaire, l'eau domine les reins, les métaux exercent leur influence sur le poumon, enfin la rate et l'estomac sont sous la dépendance de la terre. Lorsque les rapports de ces éléments avec les divers organes sont troublés, la circulation de la chaleur et de l'humidité se trouve dérangée, et c'est cette altération qui engendre les maladies.

Cette rapide esquisse des théories chinoises sur la vie et sur les

causes des maladies va nous permettre de comprendre comment les médecins du Céleste-Empire prétendent reconnaître par l'examen du pouls le siège et la nature des maladies.

Chacun des trois points des poignets où l'on explore le pouls est en rapport avec quelques organes internes; dès lors, les lésions de chaque organe se manifestent par des changements correspondants du pouls qui lui répond; chaque organe interne a son pouls, dont on retrouve l'écho ou le représentant au poignet.

Pour faire ressortir l'extrême complication de ce système de diagnostic et de pronostic, il suffit d'examiner la liste des vingt-quatre variétés de pouls qui doivent être distinguées entre elles dans six points différents (dont trois à chaque poignet). Voici cette liste :

Dans l'espèce de paralysie sur laquelle je désire appeler l'attention, la sensibilité et la motilité peuvent être également compromises; cependant, en général, les troubles fonctionnels portent surtout sur le mouvement et sont alors caractérisés par la diminution graduelle de la force musculaire, avec flaccidité des membres, et sans tremblement, sans contracture, sans convulsions partielles ou générales ni mouvements réflexes; dans la presque totalité des cas, la miction et la défécation restent normales; on n'observe aucun symptôme immédiat du côté des centres nerveux, pas de rachialgie spontanée ou développée par la pression, pas de céphalalgie ni de délire; jusqu'à la fin les facultés intellectuelles sont complètement conservées.

Comme chez le malade dont on vient de lire l'observation, le début des accidents paralytiques peut être précédé d'un sentiment de faiblesse universelle, de fourmillements et même de quelques crampes passagères; ou bien l'invasion est brusque et inopinée. Dans l'un et l'autre cas, la paralysie se propage rapidement des parties inférieures vers les supérieures, avec une tendance constante à se généraliser. Toujours les premiers phénomènes se manifestent aux extrémités des membres, et, le plus souvent, des membres inférieurs. De là ils envahissent tout l'appareil musculaire de la vie animale, en suivant une marche progressivement ascendante et d'après un ordre à peu près constant: 1° muscles moteurs des orteils et des pieds, puis muscles postérieurs de la cuisse et du bassin, et, en dernier lieu, les muscles antérieurs et internes de la cuisse; 2° muscles moteurs des doigts, de la main, et du bras sur le scapulum, et ensuite muscles moteurs de l'avant-bras sur le bras; 3° muscles du tronc; 4° muscles respirateurs, langue, pharynx, œsophage, etc... La paralysie est alors générale, mais elle est d'autant plus complète, qu'on se rapproche davantage des extrémités.

Cette période de progrès est plus ou moins rapide; elle a été de huit jours chez le malade du service de M. Gubler, et de quinze jours dans un exemple que je crois devoir classer aussi parmi les cas aigus; plus souvent elle est à peine de deux ou trois jours et parfois de quelques heures seulement.

Quand la paralysie est parvenue à son *summa intensitas*, la mort par asphyxie est toujours imminente, et cependant, huit fois sur dix, cette fatale terminaison a été évitée, soit par l'intervention de l'art, soit par un temps d'arrêt spontané dans la marche du mal. Deux fois seulement la mort a été observée à cette époque de l'affection.

Une maladie mortelle pour un cinquième des sujets est sans contredit une maladie grave; et malgré les résultats relativement favorables de cette statistique élémentaire, chacun doit comprendre qu'au milieu de pareils accidents le danger est toujours extrême et le pronostic au moins incertain. D'après ce que j'ai vu, il y a péril évident toutes les fois que des symptômes paralytiques prennent une marche rapidement ascendante, et l'on doit craindre surtout pour la vie des malades quand les muscles respirateurs sont

à leur tour envahis. Si, effectivement, dans les exemples connus jusqu'à ce jour, l'asphyxie a été le plus souvent conjurée, il est impossible de prévoir, pour un cas donné, le degré d'intensité de l'état morbide et sa résistance aux moyens thérapeutiques même les mieux indiqués.

Lorsque la paralysie rétrograde, elle présente dans sa période de décroissance des phénomènes inverses de ceux que j'ai signalés à sa période de progrès. Les parties supérieures, les dernières envahies, sont les premières à recouvrer leur motilité, qui reparait ensuite successivement de haut en bas. Tantôt alors les malades guérissent très promptement; tantôt l'affection passe à l'état chronique, et l'amélioration se fait avec lenteur. Dans un cas, j'ai observé des alternatives fréquentes de mieux et de plus mal, de véritables rémittences, et la mort n'est arrivée qu'au bout de plusieurs mois au milieu d'un paroxysme. Enfin, chez une femme dont M. Cavaré (de Toulouse) a publié l'observation, la paralysie s'est présentée sous forme d'accès réguliers et parcourait toutes ses périodes en quelques heures.

Je crois inutile d'insister sur le diagnostic de la *paralysie ascendante aiguë*, aucun autre état morbide n'offrant l'ensemble symptomatique que j'ai brièvement esquissé.

Il est impossible d'étudier l'étiologie de cette affection avec le petit nombre de faits actuellement connus; mais on peut, dès à présent, tenir compte des circonstances au milieu desquelles elle s'est développée.

Deux fois elle s'est produite pendant la convalescence de maladies aiguës; l'observation consignée dans cette note est un de ces cas, et il me paraît difficile, d'après les détails qu'elle contient, de ne pas attribuer une certaine valeur pathogénique à la série morbide qui a précédé la paralysie. Le second sujet relevait d'une longue fièvre typhoïde; les accidents augmentèrent pendant cinq jours et rétrogradèrent alors spontanément. Moins de deux semaines après, il était tout à fait guéri.

Deux fois la paralysie ascendante aiguë s'est manifestée au milieu de phénomènes dysménorrhéiques. Chez l'une des malades, les règles s'étaient supprimées sous l'influence du froid; des sangsues furent appliquées à la vulve, et la guérison était complète le septième jour. Chez l'autre, également après une suppression des menstrues à la suite d'une impression morale, se développèrent des symptômes nerveux multiples, puis une paralysie ascendante aiguë, généralisée dès le troisième jour et qui mit la vie en péril. Dans ce cas remarquable, des inspirations de chloroforme et l'opium produisirent une amélioration subite et considérable; mais, à travers des rémittences fréquentes, l'affection prit une marche chronique, et un paroxysme imprévu détermina la mort.

Deux fois encore on trouve comme cause apparente l'influence du froid. La maladie, d'abord très aiguë et très menaçante, s'arrêta spontanément, et l'amélioration chez l'un des sujets, la guérison chez l'autre, marchèrent avec lenteur.

Une fois la paralysie s'est déclarée chez une femme convales-

1 ^{er} le pouls flottant.	43 ^e le pouls large.
2 ^e — profond.	44 ^e — petit.
3 ^e — lent.	45 ^e — long ou prolongé.
4 ^e — rapide.	46 ^e — court.
5 ^e — glissant.	47 ^e — empêché.
6 ^e — rude.	48 ^e — soudain ou palpitant.
7 ^e — plein.	49 ^e — caché.
8 ^e — vide.	20 ^e — mouvant.
9 ^e — vibrant.	21 ^e — fort.
10 ^e — défaillant.	22 ^e — faible.
11 ^e — vif.	23 ^e — dur.
12 ^e — modéré.	24 ^e — contracté.

Il est inutile de faire remarquer que notre langue ne rend que très imparfaitement les nuances que cette classification exprime pour ceux qui y sont initiés.

A chacune de ces vingt-quatre variétés se rattachent des indications relatives aux six points où l'on tâte le pouls, et c'est à l'aide

de ces données que l'on juge de l'état des organes internes. Prenons pour exemple la dix-septième variété, le pouls empêché.

Au poignet gauche, le pouls empêché signifie :

- Au niveau du premier point : mort subite.
- du deuxième : faiblesse et perspiration.
- du troisième : épuisement des fluides.

Au poignet droit, le même pouls signifie :

- Au niveau du premier point : manque de sang dans les veines.
- du deuxième : eau dans l'estomac.
- du troisième : danger de vie.

(La suite prochainement.)

cente d'une couche. Mort le deuxième jour. Le traitement consista en saignées et révulsifs.

Une fois le malade présentait des signes de diathèse syphilitique; les progrès de l'affection furent plus lents que dans les autres cas et ses effets moins alarmants. Un traitement antisiphilitique fut institué, et tous les symptômes paralytiques disparurent rapidement.

Enfin, deux fois on n'a eu aucun renseignement relatif aux causes des accidents. Mais dans un de ces faits, la paralysie développée chez une femme se présenta, comme je l'ai dit plus haut, sous forme d'accès réguliers et guérit à l'aide du sulfate de quinine.

Les causes, si l'on peut réellement appeler ainsi les circonstances que je viens d'énumérer, seraient donc très variables. Dans tous les cas, ces influences ne peuvent être considérées que comme causes éloignées, et il reste à déterminer la cause prochaine des désordres fonctionnels.

Les deux seules autopsies pratiquées jusqu'à ce jour n'ont fourni que des résultats absolument négatifs au point de vue anatomopathologique. Cependant Ollivier (d'Angers), de qui la paralysie ascendante aiguë était fort bien connue, a cru pouvoir l'attribuer à des congestions sanguines de la moelle. Rien, dans les symptômes, n'autorise cette appréciation plutôt que tout autre, et l'on sait aujourd'hui que l'accumulation d'une certaine quantité de sang dans les veines encéphalo-rachidiennes ne prouve rien quant à la nature de l'affection, surtout si la mort a eu lieu par asphyxie, comme chez les malades dont il s'agit. On doit donc placer cette forme morbide dans la nombreuse classe des paralysies dites essentielles, c'est-à-dire sans lésion saisissable du système nerveux. C'est ce qu'il me paraît surtout important de constater ici, et je crois devoir éviter d'exprimer sur le mécanisme de la paralysie ascendante, en général, et de la forme aiguë, en particulier, des opinions qu'il me serait impossible de développer dans une simple note.

Remarques à l'occasion de la Note précédente,
par M. GUBLER.

L'affection dont M. le docteur Landry rapporte ici l'histoire détaillée, en l'accompagnant de réflexions judicieuses et savantes, est digne de nos méditations par son caractère insolite et par les problèmes qu'elle soulève.

Lorsque le sujet se plaignit à moi pour la première fois d'engourdissement et de faiblesse dans les membres, je posai la question de paralysie progressive, mais je m'attachai de préférence à l'idée que nous avions affaire à des troubles nerveux voisins de ceux qui portaient autrefois le nom d'arthralgie, et que M. Beau a proposé avec raison de désigner sous la dénomination plus précise de *metalgie*. D'une part, en effet, la paralysie ne m'était pas démontrée, et d'autre part le malade était cachectique, il toussait habituellement et faisait remonter tous ces accidents à une fluxion de poitrine datant de plusieurs mois. Quoique l'auscultation ne fit entendre que quelques râles sous-crépitaux disséminés, un peu de faiblesse du murmure respiratoire, sans signes positifs de tubercules, je considérais la diathèse tuberculeuse comme probable, et je lui attribuais les symptômes accusés du côté de l'innervation des membres.

L'autopsie n'a pas confirmé cette manière de voir, et avant cela l'ensemble des symptômes avait justifié le nom de paralysie ascendante aiguë, sous lequel le fait se trouve décrit par M. Landry. Je dois même dire, à la louange de notre confrère, que, malgré l'absence d'une paralysie complète et de tout symptôme réputé grave, il émit positivement, le 9 juin, la crainte qu'une terminaison fatale n'eût lieu avant deux jours révolus. Or, la mort arriva trente-deux heures après cette prédiction et huit jours après le début de la paralysie. Bien que cette catastrophe ne fût pas imprévue, comme on le voit, elle n'en doit pas moins être considérée comme un exemple de mort subite, eu égard à la bénignité apparente des phénomènes notés quelques instants auparavant. Cette réflexion

me suggère d'autres rapprochements que ceux indiqués dans le travail de M. Landry.

Un certain nombre de cas de mort subites n'appartiennent-ils pas à cette affection paralytique à marche si rapide? La réponse me semble devoir être affirmative. On trouvera, je pense, des faits analogues parmi ceux de morts subites chez les femmes nouvellement accouchées, chez les sujets convalescents de fièvre typhoïde et d'autres maladies graves par leur nature ou épuisantes par leur durée!

Les phénomènes précurseurs de la mort sont assez peu prononcés et d'assez courte durée pour échapper à l'attention dans un bon nombre de cas. D'ailleurs, il en est où des prodromes ont été signalés; la recherche de ces indices chez les sujets placés dans des circonstances prédisposantes mérite par conséquent de fixer l'attention des médecins, soit pour prévoir l'issue funeste, soit pour la conjurer si l'expérience démontre un jour l'efficacité de quelque moyen de traitement.

En me plaçant à un autre point de vue, je cherche encore s'il n'existe pas des liens étroits entre notre cas de paralysie extenso-progressive et ces paralysies consécutives aux angines diphthériques décrites spécialement par MM. Bretonneau, Trouseau, Lasègue, Maingault, etc., et dont la science enregistre tous les jours de nouveaux exemples. Cette dernière paralysie ne saurait appartenir exclusivement à la diphthérie, il n'y a pas de symptômes absolument pathognomoniques; serait-elle du moins l'apanage des maladies septiques? pas davantage. J'ai vu dernièrement un affaiblissement général très prononcé survenir dans le cours de la convalescence d'une angine couenneuse commune, c'est-à-dire d'un *herpès guttural* bien reconnu par mon interne, M. Vibert, et mes autres élèves, ainsi que par MM. les docteurs Canuet, Desnos, Hervé de Lavar, etc. Mon ami et collègue M. le docteur Hippolyte Blot a pu également constater le fait qui se trouve consigné dans le dernier travail de M. le docteur Maingault.

Ainsi la paralysie observée à la suite de la diphthérie serait l'effet secondaire d'un grand nombre de maladies très diverses ayant pour résultat commun d'épuiser le système nerveux, d'appauvrir la constitution et d'abaisser le niveau des forces organiques, toutes conditions favorables aux troubles permanents de l'innervation.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR L'URÉE, par MM. POISEUILLE
et GOBLEY.

L'urée, comme on le sait, était regardée avant les expériences de MM. Prévost et Dumas, en 1822, comme un produit de la sécrétion rénale. Mais ces savants ayant démontré la présence de l'urée dans le sang, les reins ne furent plus considérés comme donnant naissance à ce principe, mais bien comme des organes éliminatoires de l'urée, résultant du dernier terme de l'oxydation des matières albuminoïdes, laquelle serait une substance excrémentielle.

Le sang contenant de l'urée, ainsi qu'il arrive généralement pour d'autres substances qu'on y rencontre, ce principe doit se trouver dans la plupart des liquides sécrétés, dans le chyle et dans la lymphe (1). M. Wurtz, dans une récente communication faite à l'Académie, a non-seulement constaté de l'urée dans la lymphe et le liquide du canal thoracique, mais il en a déterminé la quantité par un procédé qui lui est propre. Ce procédé, M. Wurtz ayant bien voulu nous le faire connaître, nous l'avons suivi dans les recherches que nous avons l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie. Est-il nécessaire d'ajouter qu'en outre nous avons confirmé l'existence de l'urée par la présence de ses cristaux, et ceux de son nitrate.

(1) Urée offerte par 1000 grammes des liquides suivants : Salive parotidienne, taureau B, 0^{gr},238; cheval C, 0^{gr},246; cheval D, 0^{gr},110. Chyle : cheval A, 0^{gr},141; vache, 0^{gr},156; la même vache le lendemain, 0^{gr},208; lymphe du même animal, 0^{gr},103, etc.