

nard sur les cordons et ganglions du grand sympathique au cou; la section de ces organes provoque un état de vascularité et notamment de distension artérielle dans la moitié correspondante de la tête. Eh bien! quelques physiologistes attribuent ce résultat à une *paralyse* de la tunique contractile des artères, au défaut d'action vaso-motrice du grand sympathique; mais, selon M. Cl. Bernard, il y a loin de l'état d'ampliation artérielle et de turgescence active qui se produit alors à un état paralytique, et l'afflux sanguin noté dans ces expériences se rapprocherait plutôt de ce qu'on voit dans une glande en plein travail de sécrétion. Les mêmes considérations nous paraissent applicables aux palpitations artérielles, soit pour les faits spécifiés dans cet article, soit pour d'autres plus ou moins analogues qu'il nous suffira de rappeler: telles sont, par exemple, les pulsations qu'on remarque dans les membres affectés de phlegmon, ou au voisinage des jointures frappées d'arthrite rhumatisale (1); tels paraissent être également les battements artériels qui caractérisent l'affection singulière décrite sous le nom de *Cachexie exophtalmique*. (Voy. sur la maladie de Basedow, ou *cachexie exophtalmique*, une monographie pleine d'intérêt insérée par M. le docteur CHARCOT, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* t. IV, 1857, p. 886; on y trouvera résumés tous les travaux antérieurs publiés sur le même sujet. — Voy. aussi le mémoire du regrettable docteur ARAN: *De la nature et du traitement de l'affection connue sous le nom de goître exophtalmique*, dans *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1860, t. XXVI.)

Quel que soit d'ailleurs le caractère de cette exagération morbide de la diastole artérielle, qu'on l'envisage comme active ou passive, toujours est-il que l'affection qui nous occupe est une preuve à ajouter à beaucoup d'autres en faveur de cette vérité physiologique, à savoir que la contraction cardiaque ne régit pas seule la dilatation des artères: indépendamment de toute perturbation dans l'acte de l'organe central, certaines influences peuvent faire varier localement l'état des vaisseaux dans lesquels le cœur lance le sang à chacune de ses systoles. Toutefois, cette indépendance, qui entraîne un désaccord si frappant entre l'énergie des pulsations cardiaques et celle des battements artériels, peut-elle aller jusqu'à détruire l'*isochronisme* des uns et des autres? Nous devons dire qu'on cite Morgagni, Albers et d'autres observateurs dignes de foi comme ayant constaté une *inégalité de fréquence* des battements cardiaques et aortiques.

(1) W. STOKES (*Diagnosis of aneurism*, in *Dublin Journal of med. science*, 1^{re} série, t. V, 1835) signale l'existence de pulsations abdominales symptomatiques de l'inflammation du péritoine ou de l'intestin; il les compare aux battements des radiales dans les cas de panaris, des carotides chez les malades atteints d'encéphalite, etc.

DEUXIÈME CLASSE DES NÉVROSES DE LA MOTILITÉ.

DES NÉVROSES PARALYTIQUES.

(Paralysies nerveuses, paralysies sans matière, essentielles, idiopathiques et sympathiques, ACINÉSES, AMYOSTHÉNIES, etc.)

ARTICLE XLVI.

DES NÉVROSES PARALYTIQUES EN GÉNÉRAL.

2017. *Bibliographie*. — D. SENNERT. *Dissertatio de paralyti*. Wittenberg, 1630, in-4.
- J. DIEMERBROECK. *Dissert. de paralyti et tremore*. Utrecht, 1652, in-4.
- TH. BARTHOLIN. *Paralytici novi testamenti*, etc. Copenhague, 1653, in-4.
- A.-F. DANCKWERTS, præ. L. HEISTER. *Dissert. sistens rationem paralyti anatomicam*. Helmstadt, 1735, in-4.
- CH.-W. LOHMANN. *De affectibus paralyticis, eorumque ab aliis impotentiae generibus differentia*. Rostock, 1736, in-4.
- F.-E. HEUSCH. *Dissert. de paralyti*. Leyde, 1736, in-4.
- D. HOFFMANN. *Diss. de paralyti, cum questione cur pes paralyticus citius restitatur quam brachium?* Tubingue, 1746, in-4.
- C. CRAMER. *Dissert. de paralyti et setaceorum adversus eam eximio usu*. Göttingue, 1760, in-4. Dans SANDIFORT. *Thesaur. dissert.* t. I, n. 7.
- J.-B. MORGAGNI. *De paralyti*, in *De sedibus et causis morborum*, Epist. XI.
- C. PEREBOOM. *Dissert. de paralyti, imprimis nervea*. Hornæ, 1773, in-4. Réimpr. dans SCHLEGEL. *Thes. path. therap.* t. I, p. 243.
- C.-D. HAHN et A.-E. BUCHNER. *Dissert. de paralyti sine nervorum et arteriarum læsione*. Halle, 1766, in-4.
- MACKENZIE. *Dissert. de paralyti idiopathica*. Edimbourg, 1778, in-8.
- D. WARDROP. *De paralyti*. Dans WEBSTER. *Med. prax. systema*. Edimb. 1781, in-8, t. II, p. 185.
- B. CHANDLER. *An inquiry into the various theories and methods of cure in apoplexies and palsies*. Londres, 1783, in-8.
- CH. KIRKLAND. *A commentary on apoplectic and paralytical affections*. Londres, 1792, in-8.
- C.-CHR. BETHKE. *Ueber Schlagflüsse u. Lähmungen*. Leipzig, 1797, in-8.
- H.-G. GALLEREUX. *Considérations sur les paralysies relatives aux facultés motrices*. (Thèse.) Paris, 1804 (an XII), in-4.

BAJON. *Essai sur la paralysie*. (Thèse.) Montpellier, 1803 (an X), in-4.

A.-J. LALLIER. *Essai sur la paralysie*. (Thèse.) Paris, 1806, in-4.

J. ARCK. *Tentamen inaug. de paralyti*. Strasbourg, 1809, in-4.

J. COOKE. *A treatise on nervous diseases*. Londres, 1820-21.

T. II : *History and method of cure of the various species of palsy*.

LACRAMPE-LOUSTAU. *Propositions sur quelques fonctions du système nerveux*. (Thèse.) Paris, 1824, in-4. — *Recherches patholog. et expér. sur les différentes fonctions du système nerveux, etc.*, in *Revue médicale*. 1824 (mars). *Suite des recherches, etc.* (*ibid.* juin, 1824).

F. CAZES. *Essai sur la paralysie, etc. La paralysie est-elle une affection nerveuse essentielle, ou le signe d'une altération organique?* (Thèse.) Paris, 1824, in-4.

L. BOCHARDT. *Ueber die Aetiologie u. Therapeutik der Lähmungen*. Stuttgart, 1826, in-8.

R.-D. MITCHEL. *Consid. sur la paralysie en général*. (Thèse.) Paris, 1835, in-4.

G. ROSS. *Zur Pathol. u. Therap. der Paralyzen*. Braunschw. 1855, in-8.

R. TODD. *Clinical lectures on paralysis and other nervous diseases*. London, 2^e édition, 1856, in-18.

MAGARIO. *Mémoire sur les paralysies dynamiques ou nerveuses*. (*Gaz. méd.*, 1857-1858). Paris, in-8, 1859.

O. LANDRY. *Traité complet des paralysies*. Paris, 1859, in-8.

BARNIER. *Des paralysies musculaires*. (Thèse du concours pour l'agrég.) Paris, 1860, in-4.

Et les ouvrages déjà cités sur les *maladies nerveuses*, principalement ceux de ROMBERG, SANDRAS, HASSE, les écrits de MARSHALL-HALL : *On the diseases of the nervous system*. London, 1841, in-8, et *Aperçu du système spinal*. Paris, 1855, in-12; enfin l'ouvrage capital de M. DUCHENNE (de Boulogne), *Électrisation localisée*, 2^e édition. Paris, 1861, in-8.

2018. *Définition*. — Il nous faut d'abord définir ce qu'on est convenu d'appeler une paralysie (et ici nous ne parlerons que de la paralysie du mouvement, celle du sentiment ayant été étudiée sous le nom d'*anesthésie* (article XXX, p. 320), sauf ensuite à déterminer à quelles espèces du genre doit être appliquée la dénomination de paralysie nerveuse.

1^o *Qu'est-ce qu'une paralysie?*

a. Dire simplement, avec certains auteurs, que la paralysie est l'*abolition du mouvement*, c'est en donner une idée erronée. Le mou-

vement ne cesse-t-il pas pendant le repos? et le repos n'est pas la paralysie. D'ailleurs, il arrive fréquemment que le mouvement est entravé ou même aboli par quelque modification toute mécanique des parties, comme dans les cas d'ankylose, ou par quelque changement dans la structure anatomique des muscles, exemple : l'atrophie ou l'état graisseux; or, dans aucun de ces cas, on ne doit conclure de l'*immobilité* à l'existence d'une paralysie proprement dite.

b. Celle-ci consisterait-elle en l'*impuissance de la volonté* à provoquer la contraction musculaire? Mais qui ne voit que la paralysie de tous les organes dont les mouvemens sont normalement soustraits à la volonté, échapperait à une pareille définition? Faudrait-il donc admettre que l'intestin et l'utérus sont en état de paralysie permanente!

c. Ou bien prendrons-nous pour critérium la perte de l'*aptitude à se contracter* qui appartient en propre au tissu charnu? Pas davantage; car des recherches récentes nous démontrent que dans les muscles d'un grand nombre de paralytiques la contractilité persiste, et qu'il suffit pour en déterminer la manifestation d'employer certains agens appropriés.

Ainsi donc : absence des mouvemens, impuissance de la volonté à les produire, perte de la contractilité musculaire, aucune de ces énonciations n'est l'équivalent du terme de paralysie, la première étant trop compréhensive, la seconde trop restreinte, et la dernière inexacte. Pour arriver à une définition complète et vraie, il nous suffira de tenir compte des conditions qui président à la production des mouvemens normaux, car ce qui caractérise essentiellement, comme paralysie, l'abolition ou la faiblesse des mouvemens, c'est l'*inefficacité* du stimulus qui leur donne naissance à l'état de santé.

En d'autres termes, *il y aura paralysie toutes les fois que les fibres musculaires auront perdu la faculté de se raccourcir sous l'influence DES EXCITANS ORDINAIRES de leurs contractions*: excitans qui sont : ou l'impulsion de la volonté, ou une impression sensitive donnant lieu à un mouvement réflexe, ou enfin une action spontanée des centres moteurs (mouvemens involontaires non réflexes).

D'après cela, les membres devront être considérés comme étant le siège d'une paralysie, si le malade est impuissant à les mouvoir volontairement, quand même on verrait s'y produire des contractions énergiques à la suite du pincement de la peau (c'est-à-dire des mouvemens réflexes); quand même l'électricité, ou tout autre stimulant artificiel, y démontrerait la persistance de la contractilité musculaire.

Et d'après la même définition, l'immobilité de l'œsophage, conduit musculéux physiologiquement soustrait à l'empire de la volonté, sera encore une paralysie, puisque la tunique charnue reste inerte en présence de l'impression que le bol alimentaire détermine sur la membrane muqueuse, impression sensitive qui devrait être suivie d'un mouvement réflexe de resserrement, etc.

Si nous insistons sur ces considérations, c'est surtout parce qu'il nous semble qu'il y a, en théorie comme en pratique, une véritable importance à bien distinguer l'inaction paralytique d'un muscle de son inaction par suite d'un changement dans sa structure. L'intégrité plus ou moins complète des parties contrastant avec la perte de leur activité fonctionnelle, tel est l'un des attributs les plus remarquables des affections qui nous occupent : *Musculus quidem bonus est*, dit Boerhaave.

2° Ceci posé, nous n'avons plus qu'à nous demander *en quoi les paralysies dites nerveuses diffèrent des autres paralysies*. Au premier abord, rien ne semble plus facile que de répondre à cette question. L'absence de toute lésion appréciable dans les centres nerveux et dans les nerfs moteurs paraît suffisante, pour isoler nettement les névroses paralytiques, les maladies organiques, telles que les hémorrhagies, les inflammations, des ramollisemens, etc., qui ont des paralysies musculaires pour symptômes. Mais la difficulté est grande quelquefois pour établir ces distinctions au lit du malade (voy. *Diagnostic*), et même, en se plaçant au seul point de vue de la nosologie, il faut bien reconnaître que ce classement dichotomique des paralysies est plein d'embarras et d'incertitudes. Le lecteur en trouvera la raison, s'il veut bien se reporter à nos *Remarques préliminaires* (p. 132 et suiv.); les argumens que nous y avons présentés sont tout particulièrement applicables aux paralysies nerveuses, affections qui, par leur fixité, leur chronicité dans une foule de cas, se rapprochent, plus encore que les névralgies ou les spasmes, des maladies avec désordre anatomique manifeste; aussi a-t-on vu les paralysies, à mesure que se multipliaient les investigations des anatomopathologistes, émigrer en grand nombre du domaine des névroses dans celui des affections organiques. Loin de nous cependant la pensée de nier l'existence des paralysies nerveuses, c'est-à-dire des paralysies sans plus de lésions apparentes et palpables qu'on n'en a découvert jusqu'à présent dans une foule d'hyperesthésies ou de convulsions. Nous voulons dire seulement que dans cette classe, plus peut-être que dans aucune autre, à côté de symptômes changeans, d'affections mobiles, qui paraissent exclure jusqu'à l'idée d'une modification matérielle profonde, on rencontre de ces états morbides persistans, rebelles, dans lesquels la lésion nous est, à la vérité, inconnue, mais où cependant on a le droit de la supposer et même la tentation de l'affirmer.

2019. *Divisions*. — On distingue les paralysies :

- 1° D'après leur étendue, en *générales* et en *limitées*;
- 2° Suivant qu'il y a diminution ou abolition des mouvemens, en *paralysies incomplètes* et *complètes*;
- 3° Suivant les conditions pathologiques dans lesquelles elles se déve-

loppent, en paralysies : *symptomatiques*, qui dépendent d'une altération matérielle appréciable de l'encéphale, de la moelle épinière ou des nerfs moteurs; quelques auteurs y font rentrer les paralysies qui se rattachent à une viciation du sang;

Sympathiques, quand la perte du mouvement ne peut être attribuée à aucune de ces causes, et n'en reconnaît d'autre que l'affection d'un organe plus ou moins éloigné de la partie même qui est frappée d'immobilité;

On appelle *essentiels* ou *idiopathiques*, les paralysies dont le mode de production nous est complètement inconnu.

Les paralysies essentielles et sympathiques nous occuperont presque exclusivement dans cet article; seulement, les limites sont ici tellement peu précises que nous ne pourrions nous empêcher d'empiéter par momens sur le domaine de la nosographie organique, et de lui emprunter quelques-uns des faits relatifs aux paralysies *symptomatiques*.

Nous allons successivement décrire les paralysies générales et les paralysies partielles.

ARTICLE XLVII.

PARALYSIES GÉNÉRALES OU PROGRESSIVES.

2020. *Bibliographie*. Voy. celle de l'article précédent et de l'article *Hystérie*. — Voy. aussi *Encéphalite* (t. II de cet ouvrage, p. 83). CALMEL. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, in-8.
- O. LANDRY. *Note sur la paralysie ascendante aiguë*. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, juillet et août, 1859).
- ALF. LIÉGARD. *Paralysie ascendante aiguë* (*Gaz. des hôpitaux*, 1859, p. 562).
- AD. GUBLER. *Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques, diffuses, des convalescens*. (*Arch. gén. de médecine*, 1860 et 1861).
- G. SÉE. *Des paralysies consécutives à la diphthérie, aux angines et aux fièvres* (*Union méd.*, 1860, 2^e série, t. VIII, p. 257).

2021. La nature des affections que nous allons passer en revue est encore mal déterminée; quelques-unes d'entre elles sont même évidemment étrangères aux névroses. Cependant nous croyons utile de dire quelques mots sur chacune d'elles, ne fût-ce que pour discuter leur véritable caractère.

A. PARALYSIE GÉNÉRALE NERVEUSE. — Sandras admet plusieurs espèces de *paralysies générales nerveuses* (*Traité des maladies ner-*

veuses, t. II, p. 6 et suiv.), et les caractérise dans les termes suivants :

a. « Une paralysie générale dont les hystériques, les cataleptiques, les extatiques, les chlorotiques fournissent de nombreux exemples et qui tantôt dure seulement quelques instans, quelques heures; tantôt se conserve pendant des semaines et même, à des degrés variables, pendant des mois. J'ai vu (dit Sandras) une jeune fille qui tombait deux ou trois fois par jour dans une insensibilité et une immobilité complète... Les membres étaient partout souples et flasques comme ceux d'un mort en qui la rigidité cadavérique est passée. Puis, au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois une heure, quelquefois deux, quinze, dix-huit heures, les membres se roidissaient, la sensibilité revenait..., tous les sens s'éveillaient... J'ai vu chez d'autres malades se prolonger beaucoup plus longtemps les *paralysies générales*...; j'en ai vu durer plusieurs jours. Les léthargies dont parlent les auteurs ne sont pas autre chose. »

Avons-nous besoin d'insister sur la différence profonde qu'il y a entre de semblables attaques et une paralysie véritable? Il nous suffira de renvoyer le lecteur à notre définition. Si nous avons cité le passage ci-dessus, c'est en grande partie pour montrer dans quelles confusions d'idées et de langage on s'expose à tomber, quand on prend pour synonymes *l'immobilité* et *l'inaptitude des muscles à se contracter* sous l'influence de leur stimulus physiologique persistant. C'est cette inaptitude qui seule constitue la paralysie; aussi, lorsque l'agent stimulant lui-même fait défaut, comme dans les faits auxquels Sandras fait allusion, et comme cela a également lieu dans la syncope ou après la mort, il ne peut jamais être question d'une paralysie quelconque, dans le sens scientifique de ce mot.

b. Sandras décrit une *deuxième forme* de *paralysie générale nerveuse* à laquelle il reconnaît une ressemblance frappante avec la première période de la paralysie progressive, dite *des aliénés*.

« Dans ces cas, dit-il, la paralysie, au lieu d'envahir des centres vers les extrémités, semble marcher, au contraire, des extrémités vers les centres; elle débute par les mains, les cuisses, les bras, le tronc, le visage, la bouche, la langue. Elle commence par un engourdissement avec faiblesse et rigidité des parties affectées, puis elle devient une véritable paralysie musculaire, avec insensibilité tactile, accompagnée quelquefois de sensations extrêmement douloureuses, quand on provoque le système nerveux de certaines manières. Cette espèce, beaucoup plus grave que la précédente, est aussi beaucoup plus lente dans sa marche et conduit à des désordres fonctionnels beaucoup plus fâcheux, si on n'y remédie pas à temps. Je pense, pour mon compte, qu'on a fini souvent par prendre pour des aliénés des malades qui n'avaient eu d'abord qu'une paralysie de cette espèce, accrue avec le temps, et terminée, comme cela a lieu, quand la maladie ne s'arrête pas, par un

affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, puis enfin par une abolition presque complète de ces facultés. C'est aussi une maladie fort longue; mais, dans les commencemens surtout, on peut la distinguer de la paralysie des aliénés. La conservation des facultés intellectuelles fait alors entre les deux une grande différence. »

Nous ne pouvons nous empêcher, malgré les affirmations dogmatiques de Sandras, de nous demander en quoi la *paralysie générale nerveuse*, signalée en ces termes, diffère réellement de la maladie décrite par les aliénistes sous le nom de *paralysie générale*. Nous remarquons d'abord que l'auteur n'apporte pas une seule preuve nécroscopique à l'appui de la non-identité qu'il soutient. Puis aussi, la valeur qu'il accorde à certains signes distinctifs n'est-elle pas manifestement exagérée? Certainement, il est facile de trouver autant de différences entre deux faits de paralysie générale *classique*, que Sandras nous en montre entre celle-ci et la *paralysie générale nerveuse* de sa création. Quelles sont, en effet, ces différences?

L'absence de folie? Mais, en faisant même abstraction des faits de paralysie générale *sans aliénation*, dont il sera question plus loin, ne savons-nous pas, surtout depuis les recherches de M. Baillarger, que dans la paralysie générale le trouble de la motilité peut exister seul pendant des années, et que le délire ne survient parfois que tardivement, comme pour compléter la maladie? Le professeur Requin a lui-même signalé ce mode d'évolution et rapporté une observation concluante à cet égard, recueillie sur la personne d'un de ses amis (t. II de cet ouvrage, p. 90). C'est, à n'en pas douter, des cas de ce genre que Sandras a voulu parler, car il a soin de remarquer (et ici le clinicien se montre supérieur au nosologiste, et le redresse), que « si la maladie ne s'arrête pas, l'intelligence et la mémoire s'affaiblissent et finissent par s'abolir presque complètement. » N'est-il pas dès lors extrêmement naturel qu'on ait souvent fini par prendre pour des aliénés des malades qui n'avaient eu d'abord qu'une simple paralysie de cette espèce? Une pareille appréciation nous semble parfaitement légitime.

Un autre caractère prétendu distinctif auquel Sandras semble attribuer une grande importance (et dont on s'est plu également à faire ressortir la valeur dans un mémoire plus récent), c'est le début de la paralysie par les extrémités; c'est que, pour nous servir des expressions de Sandras, « elle marche des extrémités vers les centres, au lieu d'envahir des centres vers les extrémités. » Mais où trouver ce type imaginaire de paralysies générales qui « envahissent des centres vers les extrémités »? Dans la paralysie générale des aliénistes, comme dans celle de Sandras, les premiers symptômes se manifestent dans le *visage*, la *bouche*, la *langue*, les *mains*, plus rarement, il est vrai, dans « la cuisse, le tronc. » (Le tronc une extrémité!)

Un dernier argument est fourni à Sandras par la curabilité de la soi-

disant paralysie générale nerveuse. Or, il est bien démontré aujourd'hui que la paralysie générale des aliénés, bien qu'affectant dans la majorité des cas une marche fatalement progressive, peut cependant présenter des temps d'arrêt, des interruptions plus ou moins longues et quelquefois très longues, qui en imposent pour de solides guérisons. Il nous paraît infiniment probable que l'auteur dont nous avons reproduit la description, s'en est laissé imposer par de semblables suspensions temporaires; et ce qui nous confirme dans cette pensée, c'est le passage où il est parlé des « paralysies de cette espèce accrues avec le temps et terminées, comme cela a lieu, quand la maladie ne s'arrête pas, par un affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire... » La maladie s'arrête-t-elle souvent? L'auteur ne le dit pas; et quand il établit qu'elle conduit à des désordres fonctionnels graves, si l'on n'y remédie pas à temps, on se demande dans quelle proportion les succès qu'il a obtenus sont aux échecs qu'il a subis; sur ce point encore les renseignements nous manquent.

Conclusion : Des deux espèces de *paralysie générale nerveuse* admises par Sandras, l'une n'est pas une paralysie; l'autre est bien une paralysie progressive, mais tellement semblable à celle dite des aliénés, qu'on ne saurait, sans démonstration plus ample, lui accorder le rang d'une espèce morbide particulière, ni lui donner le nom distinctif de *paralysie générale nerveuse*.

B. PARALYSIE GÉNÉRALE AVEC ALIÉNATION. — Longtemps confondue avec les diverses névroses de l'intelligence, la *paralysie générale des aliénés*, encore appelée *paralysie générale chronique*, *paralysie de Charenton*, et à laquelle le professeur Requin a imposé le nom beaucoup plus exact de *paralysie progressive*, a été décrite par lui-même dans le tome II de ces *Éléments*, p. 90 et 91, avec cette savante concision qui n'exclut aucun détail important. Nous renvoyons, en conséquence, le lecteur à l'article cité, et aussi au chapitre des VÉSANIES, où le sujet sera repris *in extenso*. Dans l'opinion de Requin, opinion conforme à celle de tous les auteurs contemporains, cette paralysie progressive est totalement étrangère à la classe des *Névroses*; elle n'est, comme l'établit M. Calmeil (dans son *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1860, 2 vol. in-8) que l'expression symptomatique d'une péri-encéphalite chronique diffuse.

C. PARALYSIE GÉNÉRALE SANS ALIÉNATION. — MM. Duchenne (de Boulogne) et Brierre de Boismont ont spécialement attiré l'attention des pathologistes sur une paralysie générale progressive qui, *sans l'existence actuelle ou la menace des troubles de l'intelligence*, présenterait une extrême analogie, presque une identité absolue avec la paralysie des aliénés. Elle est aussi *progressive*, c'est-à-dire qu'elle consiste d'abord simplement en une gêne de la prononciation ou en une

faiblesse des jambes; puis, tout en se caractérisant de plus en plus, elle se répand sur la totalité du système musculaire; elle devient alors générale, sans cesser d'être incomplète, double caractère qui appartient également à la paralysie des aliénés. A une période avancée de la maladie on observe une atrophie souvent considérable des muscles, mais cette altération de la nutrition, toujours consécutive et évidemment postérieure au trouble du mouvement, est toute autre chose que l'affection décrite sous le nom de *paralysie atrophique* (Cruveilhier); ce qui achève de la distinguer de cette dernière affection, c'est que dans la paralysie progressive l'altération procède par masses ou par groupes de muscles, tandis que dans les cas d'atrophie progressive les lésions sont irrégulièrement disséminées dans divers points du corps et quelquefois même inégalement avancées dans les faisceaux d'un même corps charnu.

Différente de l'atrophie musculaire progressive, la paralysie dont nous nous occupons doit-elle encore être considérée comme essentiellement distincte de la paralysie dite des aliénés? A cette question MM. Duchenne et Brierre de Boismont n'hésitent pas à répondre par l'affirmative, en se fondant sur deux faits, l'un d'anatomie, l'autre de physiologie morbide :

1^o Absence de toute lésion appréciable de l'encéphale dans la paralysie progressive sans aliénation; présence d'une méningo-encéphalite diffuse dans la paralysie progressive avec aliénation;

2^o Persistance dans cette dernière maladie de la contractilité des muscles sous l'influence du courant électrique; abolition de la même propriété dans la paralysie sans aliénation.

Cette paralysie progressive sans délire, MM. Duchenne et Brierre proposent de l'appeler *spinale* (1). Son diagnostic différentiel se réduirait à la constatation du signe négatif que nous venons d'indiquer tout à l'heure : le défaut de contractions musculaires provoquées par l'électricité, et telle serait la valeur de ce signe qu'il suffirait à lui seul pour autoriser un pronostic relativement favorable, puisque les malades qui le présentent seraient à l'abri du développement ultérieur de l'aliénation mentale. Nous devons à la vérité de dire que ces opinions ont rencontré de nombreux contradicteurs; mais ce qui nous dispense de nous y appé-

(1) Le choix de cette désignation ne nous semble pas heureux : d'une part, en effet, Marshall-Hall appelle *spinale* une paralysie quelconque dans laquelle les muscles ont perdu leur irritabilité (et, soit dit en passant, il constate ce caractère dans certains cas de lésion du *cerveau* et des *nerfs*); d'autre part MM. Duchenne et Brierre ne rapportent qu'un seul fait dans lequel une altération spinale a été rencontrée à l'autopsie, c'est sur ce fait qu'ils fondent l'hypothèse d'une lésion spinale *dynamique*, etc. Or dans cette observation de quoi s'agit-il? D'une paralysie des quatre membres à la suite d'un ramollissement de la portion cervicale du cordon rachidien. Il n'y a là, en vérité, rien qui ressemble à ce qu'on est habitué à appeler une paralysie générale.

santir, quant à présent, c'est que, dût-on même admettre les conclusions de MM. Duchenne et Brierre comme inattaquables, il ne s'ensuivrait pas que la paralysie générale progressive sans délire fût une maladie dynamique, *sine materia*, et que sa véritable place fût au chapitre des névroses. Non-seulement les preuves anatomo-pathologiques sont insuffisantes pour affirmer l'absence de toute lésion des centres nerveux, mais encore, à ne considérer que l'évolution des symptômes, leur marche progressive et leur mode de terminaison, on y trouve assez de motifs pour reléguer cette affection, malgré l'obscurité qui couvre encore son étude, parmi celles qui appartiennent à la nosographie organique.

D. PARALYSIE DIPHTHÉRIQUE.

E. PARALYSIE CONSÉCUTIVE A DIVERSES MALADIES AIGUES. — L'importance de ces paralysies nous oblige à consacrer un article spécial à chacune d'elles.

ARTICLE XLVIII

PARALYSIE DIPHTHÉRIQUE.

2022. *Bibliographie.* — V.-P.-A. MAINGAULT. *De la paralysie diphthérique. Recherches cliniques sur les causes, la nature et le traitement de cette affection.* Paris, 1860, in-8. Intéressante monographie à laquelle nous renvoyons pour l'indication des observations antérieures, en petit nombre, relatives à la même affection.

Voy. également sur la *paralysie diphthérique* les dissertations inaugurales de MM. PALEY, PÉRATÉ, PÉRY, H. BOUTIN, RANQUE, RÉVILLOUT (thèses de Paris, 1858 et 1859, in-4).

E. LITTRÉ. *De la paralysie consécutive dans les œuvres d'Hippocrate* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1861, p. 795).

2023. Nous ne saurions mieux faire, pour tracer la description de cette paralysie, que de mettre sous les yeux du lecteur les principaux passages d'un rapport présenté par M. Henry Roger à la Société médicale des hôpitaux (séance du 20 juillet 1859) sur le mémoire de M. Maingault.

« Il est une maladie *sine materia*, il est une paralysie que l'on peut, du moins provisoirement, appeler *essentielle*, qui, bien connue des praticiens voués à la pathologie infantile, l'est beaucoup moins de la généralité des médecins; nous voulons parler de la *paralysie consécutive à la diphthérie*.

Symptomatologie. — « C'est toujours à une époque assez éloignée de celle où la fausse membrane a disparu, deux ou trois semaines après la cessation de tout phénomène morbide du côté de la gorge, qu'on voit survenir les premiers signes de la paralysie. La plupart du temps les malades sont en pleine convalescence, quand se développent les accidents

inattendus, que l'on serait tenté de regarder comme le début d'une affection nouvelle et indépendante de l'affection primitive.

» C'est la paralysie du voile du palais qui suit la série des phénomènes pathologiques, et qui, le plus souvent, sinon toujours, précède les autres accidents de paralysie. Mais tantôt elle les devance à peine de quelques jours, tantôt elle a diminué ou même cessé quand se montrent d'autres désordres du côté de l'innervation. Chez certains sujets, c'est un amaigrissement rapide, une faiblesse excessive, qui frappent tout d'abord l'attention du médecin, et qui vont aboutir à la paralysie généralisée.

» Voici la *marche* ordinaire de l'affection : au lieu de se rétablir, les malades perdent de plus en plus leurs forces; tantôt ils ressentent des fourmillements dans les extrémités, d'abord dans les pieds et les jambes, des douleurs articulaires ou spinales, tantôt de l'engourdissement, de l'insensibilité, de l'analgésie; et enfin la progression devient impossible.

» La paralysie gagne les membres supérieurs : assez souvent la vue s'affaiblit et se perd complètement, la langue est tremblante, la parole hésitante, la voix nasonnée et faible. La paralysie peut envahir la vessie, le rectum et les organes génitaux.

» Il y a généralement apyrexie, lenteur et faiblesse du pouls. On observe la plupart des caractères de l'anémie : la face est pâle, il y a tendance au refroidissement.

» L'appétit est conservé; dans quelques cas, il y a anorexie complète et refus obstiné des aliments; ajoutons que, d'ordinaire, les phénomènes de la paralysie du pharynx persistent. L'intelligence est nette, mais elle est lente et paresseuse.

» La paralysie, après une durée de quelques mois, diminue par degrés et finit par guérir. Dans des cas exceptionnels, elle se termine par la mort, soit plus ou moins lentement par le progrès des phénomènes paralytiques et leurs effets consécutifs, soit subitement par asphyxie dépendant de la dysphagie (pénétration des aliments dans les voies aériennes).

» En raison de l'intérêt qu'offre aux praticiens cette nouvelle espèce de paralysie générale, reprenons l'examen analytique des symptômes.

» 1° *Troubles de la sensibilité.* — Ces troubles apparaissent souvent les premiers, et parfois la paralysie se borne là; ce sont d'abord des fourmillements des extrémités, une sensation anormale s'irradiant des orteils aux genoux et des doigts aux avant-bras. Dans certains cas, ces lésions assez légères de la sensibilité sont, avec la paralysie du voile du palais, les seuls troubles de l'innervation.

» Le plus ordinairement, les désordres nerveux débentent par les membres inférieurs : une seule fois, M. Maingault a vu les fourmillements, l'insensibilité tactile et l'analgésie limités aux membres supérieurs.

» La sensibilité tactile est obtuse et peut même être complètement