

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

abolie ; les malades sentent mal ou ne sentent pas le sol que leurs pieds foulent ou les objets que leurs mains saisissent. Il est rare de voir l'anesthésie s'étendre à presque toute la surface cutanée ; M. Maingault en a pourtant observé un exemple.

» Il arrive parfois que la sensibilité n'est diminuée qu'aux extrémités, tandis que la continuité des membres n'est le siège ni d'anesthésie ni d'analgésie ; parfois même un phénomène inverse se produit, et l'anesthésie des extrémités est accompagnée d'hyperesthésie des membres ou de la région spinale ; et alors, en même temps que cette exaltation de la sensibilité, il existe souvent des douleurs articulaires.

» Il était intéressant de savoir si l'irritabilité électrique persiste dans ces cas de paralysie ; or, sur quatre malades observés à ce point de vue, M. Duchenne (de Boulogne) a constaté trois fois l'intégrité de cette irritabilité ; une seule fois seulement les nerfs collatéraux des doigts (?) n'étaient pas excitable.

« La vue peut aussi s'affaiblir ou se perdre temporairement, et ces troubles de la vision sont même assez fréquents pour que l'amaurose diphthérique soit mentionnée dans dix-sept des cinquante observations de M. Maingault. L'altération de la vue survient toujours dans la première période des accidens paralytiques, et semble servir de transition entre la paralysie du voile du palais et celle des membres. En général passagère, l'amaurose diphthérique dure de six semaines à deux mois. Cependant on ne constate rien d'anormal dans l'organe de la vision ; l'iris se contracte bien ; c'est à peine si l'on observe quelquefois un peu de dilatation de la pupille, et l'ophtalmoscope ne fait reconnaître aucune altération dans les élémens anatomiques de l'œil.

« 2^e Troubles de la motilité. — La lésion du mouvement, que la paralysie du pharynx précède, peut porter sur tous les muscles du corps. La paralysie atteint les muscles des membres comme ceux du tronc, les muscles de l'œil comme ceux du voile du palais, du pharynx, de la vessie et du rectum : en d'autres termes, les muscles de la vie de relation comme ceux de la vie organique, mais ces derniers à un degré moindre.

» La paralysie ne se manifeste pas brusquement : le plus souvent, elle suit une marche progressive avec tendance à se généraliser.

» Dans quelques cas assez rares, il n'y a que de la paralysie, qui consiste parfois en un peu de faiblesse des jambes, hésitation dans la marche et simple titubation, et qui peut, d'autres fois, aller jusqu'à l'impotence absolue. Cette paralysie, ordinairement graduelle, s'est manifestée tout à coup chez un malade dont M. Maingault doit l'observation à M. le docteur Sellerier.

» La paralysie a, comme nous l'avons dit, une remarquable tendance à se généraliser, et l'on ne tarde pas à observer aux membres supérieurs des altérations de la motilité analogues à celles des extrémités inférieures. Il y a d'abord du tremblement, avec défaut de précision dans les mou-

vemens des membres thoraciques, et le mal peut s'arrêter. Chez d'autres sujets, la force diminue, elle est moindre de moitié, ainsi qu'on l'a constaté au dynamomètre ; à son plus haut degré, la paralysie est complète, et les bras soulevés retombent inertes le long du corps. Une des observations les plus curieuses du mémoire de M. Maingault, est celle du docteur Brétignière, chez lequel la paralysie était telle que tout sentiment et tout mouvement avaient disparu dans les membres et dans le tronc, et que la pile ne suffisait même plus à exciter l'irritabilité musculaire.

» Lorsque les muscles du tronc et ceux du cou participent à l'affaiblissement général, les mouvemens du corps peuvent être complètement abolis ; la tête vacille, et tantôt elle s'infléchit sur la poitrine, tantôt elle est rejetée en arrière.

» Chez plusieurs, on observe une constipation opiniâtre qui tient sans doute à l'atonie des plans musculaires de l'intestin ; le besoin d'aller à la selle est nul, et il y a impossibilité d'expulsion des fèces, ou, au contraire, incontinence. — A la paralysie du rectum se joint parfois celle de la vessie ; il en fut ainsi pour un malade chez lequel ces accidens durèrent plus de trois mois. — Il faut noter encore chez certains individus une anaphrodisie longtemps persistante.

» Les muscles de la face n'échappent pas toujours à l'influence morbide, et ceux d'entre eux qui sont le plus fréquemment frappés sont les muscles de l'œil : on observe alors du strabisme et parfois de la diplopie, ou bien encore un abaissement de la paupière avec strabisme en dehors. Enfin si les muscles de la face sont atteints dans leur ensemble, il y a une véritable paralysie faciale.

Etiologie. — « M. Maingault se demande s'il n'y aurait pas, dans le fait de la paralysie consécutive à la diphthérie, une simple coïncidence ; mais il remarque justement que les exemples en sont trop nombreux pour que cette opinion soit admissible. Si l'on considère que, dans toutes les observations citées un même point de départ aboutit à des accidens paralytiques dont la forme et la marche sont à peu près identiques, on devra nécessairement conclure à une relation de cause à effet.

» Ces faits de paralysie diphthérique semblent actuellement se multiplier : étaient-ils donc réellement plus rares autrefois, ou bien étaient-ils méconnus ? S'il est évident que, naguère encore, la maladie passait le plus souvent inaperçue, les phénomènes paralytiques étant rapportés à des causes variables et la cause véritable n'étant pas trouvée ; on peut également admettre que les exemples sont positivement plus nombreux, en raison des épidémies plus fortes et plus générales d'angine couenneuse et de croup, qui sévissent depuis quelques années (à Paris, du moins). Peut-être aussi la diphthérie a-t-elle pris un caractère plus pernicieux sous l'influence du génie épidémique.

» Etant admis que la paralysie dérive de la diphthérie, il reste à déter-

miner s'il existe une relation quelconque entre l'étendue des productions pseudo-membraneuses et l'apparition des accidens paralytiques, entre certaines formes de la diphthérie et la gravité de ces mêmes accidens.

» M. Bretonneau avait d'abord pensé, d'après quelques faits, que les troubles de l'innervation sont souvent la conséquence du coryza couenneux devenu chronique... Mais s'il est vrai que l'extension des pseudo-membranes, du pharynx aux fosses nasales, indique, en général, une intoxication plus grande et que la paralysie peut survenir à la suite, il est pareillement démontré, par des faits nombreux, que les troubles nerveux les plus graves peuvent se manifester sans que les fosses nasales aient été envahies et alors que les pseudo-membranes sont restées *confinées* dans le pharynx ou limitées aux amygdales.

» Ce n'est pas davantage la persistance des exsudations couenneuses qui rend raison de la paralysie : on a vu une paraplégie survenir à la suite d'une angine couenneuse qui n'avait duré que quatre jours, et une paralysie générale se montrer après une angine de même nature guérie en moins d'un septénaire. On peut voir dans plusieurs des observations de M. Maingault, que l'angine couenneuse même légère est encore assez souvent suivie d'accidens paralytiques.

» On est en droit d'en conclure, avec l'auteur du mémoire, que la paralysie peut survenir à la suite de la diphthérie, lors même que celle-ci n'a eu aucun caractère de gravité, a duré peu de temps et que les fausses membranes ont été peu abondantes et les symptômes généraux peu prononcés. De même qu'on voit, dans certains cas, une scarlatine légère, avec éruption mal accusée, être suivie de désordres cérébraux très sérieux, ainsi une angine couenneuse en apparence bénigne peut entraîner des accidens nerveux très graves.

» Quelques auteurs ayant, dans ces derniers temps, accordé une importance exagérée à la présence de l'albumine dans les urines d'individus atteints d'affection couenneuse, et ces auteurs ayant cru voir dans cette albuminurie (qui ferait défaut dans les maladies pseudo-membraneuses simples), un caractère de la diphthérie avec intoxication, M. Maingault a recherché s'il y avait relation de causalité entre l'albuminurie et les accidens paralytiques. Mais d'abord, à la période assez avancée où la paralysie commence, l'albumine a, d'ordinaire, disparu des urines, si tant est qu'elle s'y soit montrée; seule, l'amaurose qui survient plus tôt que les autres formes de la paralysie peut coexister avec l'albuminurie; mais le fait n'est pas commun, et en outre l'affaiblissement de la vue persiste quelquefois, l'altération de l'urine, irrégulière dans son apparition et passagère dans sa durée, n'existant plus.

» L'expérience, d'ailleurs, a prononcé; l'albuminurie n'est ni un signe indicateur, ni un phénomène concomitant de la paralysie, pas plus qu'elle n'est un caractère tant soit peu valable de la diphthérie septique. Ainsi, il y a d'une part de nombreux faits d'albuminurie sans paralysie, et

d'autre part des faits pareillement nombreux de paralysie sans albuminurie.

Diagnostic. — « On établira le diagnostic de la paralysie diphthérique en tenant compte de l'existence antécédente d'une affection pseudo-membraneuse, et surtout en examinant avec soin la suite des symptômes et l'ordre dans lequel ils ont paru. On devra se rappeler que la paralysie du voile du palais signale presque toujours le début des accidens; que les troubles de la vue, lorsqu'ils existent, se montrent avec l'inertie des muscles des membres ou du tronc; que la faiblesse, les fourmillemens commencent presque toujours par les extrémités inférieures, et que, enfin, la paralysie diphthérique a une marche progressive et n'atteint jamais d'emblée son maximum d'intensité.

» L'ignorance ou l'oubli de ces données pratiques a fait commettre des erreurs qu'il est utile de signaler: ainsi, on a cru à une *paralysie d'origine syphilitique* dans un cas où, aux symptômes paralytiques, se joignait de la raucité de la voix.

» On a cru même à une *paralysie hystérique* chez des femmes nerveuses qui présentaient simultanément quelques symptômes d'hystérisme. On a diagnostiqué une *idiotie* chez un enfant dont la parole était lente, la voix nasonnée et la démarche incertaine. Dans les cas où la faiblesse, l'hésitation dans la marche, sont accompagnées de bégayement et de troubles dans la vue, c'est à l'intégrité parfaite de l'intelligence qu'on distinguera l'affection qui nous occupe de la *paralysie générale progressive*. Enfin l'absence de fièvre, de céphalgie et de phénomènes cérébraux empêchera qu'on ne croie à l'existence d'une *méningite tuberculeuse*, alors qu'on observerait, chez un enfant, de la faiblesse générale, de l'indolence, du strabisme ou de l'amaurose.

» La *terminaison* la plus habituelle de la paralysie diphthérique est la guérison; il faut savoir pourtant que la mort peut, dans des cas heureusement fort rares, en être la conséquence plus ou moins directe. M. Trousseau a vu les malades succomber à la suite d'un véritable épuisement nerveux; M. Blache, M. Bouvier ont été témoins de faits analogues. D'autres fois, le malade périt asphyxié, des matières alimentaires s'étant introduites dans les voies aériennes, par suite de la paralysie du pharynx. Nous avons nous-même, cette année, observé un cas de ce genre.

Nature de l'affection. Traitement. — « Bien qu'on ignore la nature intime de la paralysie diphthérique, on est fondé à la considérer comme une paralysie par atonie; tout semble le prouver: la décoloration des tissus comme les bruits vasculaires, la faiblesse du pouls comme la langueur des fonctions digestives. La médication tonique est donc la seule qui soit indiquée et la seule ici qu'on ait employée. On a mis en usage, avec un avantage marqué, les préparations de fer et celles de quinquina, les bains sulfureux et les bains salés, les affusions froides et les frictions stimulantes, etc. Dans plusieurs cas, les excitans spéciaux du

système nerveux, la strychnine, la noix vomique ont paru avoir une action salutaire; enfin, l'électricité a rendu de véritables services.

» Quelle est la nature de la paralysie diphthérique? Comment les affections pseudo-membraneuses peuvent-elles déterminer des accidens consécutifs si graves et si imprévus?

» On ne saurait, pour la diphthérie comme pour le choléra, les fièvres graves et le typhus, à la suite desquels surviennent quelquefois des paralysies, arguer de souffrances prolongées, d'ébranlement nerveux considérable, de diète excessive, de pertes abondantes. Et d'un autre côté, il est très difficile de comprendre comment l'action locale des fausses membranes, quelquefois si peu étendues et peu persistantes, serait susceptible de produire une paralysie.

» Je passerai sous silence les hypothèses de ceux qui ont supposé une sécrétion couenneuse à l'intérieur des ventricules cérébraux, ou qui font cheminer l'inflammation spécifique, du pharynx aux enveloppes de la moelle et du cerveau, puis à ces organes eux-mêmes. De telles suppositions ne sont guère scientifiques, et, d'ailleurs, l'examen cadavérique les réfute suffisamment. Deux autopsies faites avec le plus grand soin ont été négatives: on a trouvé l'encéphale et la moelle dans un état d'intégrité parfaite et présentant à peine un peu d'injection; il n'existait aucun épanchement ventriculaire; les méninges étaient saines, et rien n'expliquait anatomiquement les accidens paralytiques.

» Jusqu'à ce que des recherches ultérieures en aient mieux fait connaître la nature, la paralysie diphthérique peut être rangée parmi les *paralysies essentielles*.

» A défaut de la lésion anatomique vainement cherchée, connaît-on, au moins, la cause prochaine de cette paralysie? Doit-on la voir dans l'asphyxie, par exemple? Mais cette paralysie n'est pas plus commune dans le croup, où l'asphyxie est plus ou moins complète, que dans l'angine couenneuse, où les phénomènes de suffocation sont beaucoup moins marqués; et de plus, ce n'est pas à la période asphyxique de ces affections, c'est pendant la convalescence qu'on voit se développer les troubles de l'innervation.

» L'anémie seule ne suffit pas davantage à expliquer la paralysie; elle n'est, comme celle-ci, que l'un des effets de la diphthérie.

» Il faut en dire autant de l'albuminurie qui, l'amaurose exceptée, n'a jamais, que nous sachions, déterminé de paralysies. Et d'ailleurs, je le répète, l'albumine a manqué le plus souvent, et dans des cas très graves de paralysie diphthérique.

» M. Bretonneau a cru devoir attribuer à la chronicité la cause des accidens paralytiques; malheureusement l'explication de l'illustre auteur du *Traité de la diphthérie* est loin de s'appliquer à tous les cas.

» M. Trousseau voit, dans la paralysie diphthérique, l'effet d'une intoxication de l'économie par le principe morbide qui donne lieu à la

diphthérie elle-même, et il compare volontiers cette paralysie à celles qu'on observe chez les individus empoisonnés par des viandes accidentellement vénéneuses, ou par les émanations saturnines.

» En définitive, ce qu'on peut dire seulement de la paralysie diphthérique, c'est qu'elle est une maladie sans altération des centres nerveux, actuellement appréciable; c'est qu'elle dérive certainement de l'affection pseudo-membraneuse, sans qu'il soit possible encore de bien saisir le lien qui rattache la lésion primitive à l'accident consécutif; sans qu'il soit possible d'expliquer comment le poison de la diphthérie, après avoir, dans une première période, comme épuisé son action, devient momentanément latent; puis, dans une seconde phase, agissant pour ainsi dire à distance, fait de nouveau ressentir ses redoutables effets, soit sur un point isolé de l'économie (paralysie du pharynx), soit sur presque tout l'organisme (paralysie générale).

ARTICLE XLIX.

DES PARALYSIES CONSÉCUTIVES A DIVERSES MALADIES AIGÜES.

2024. Déjà la paralysie *consécutive à l'angine diphthérique*, quoique signalée depuis peu de temps, commençait à prendre droit de cité en pathologie, lorsque son admission à titre d'espèce morbide particulière fut vivement contestée par M. A. Gubler. Le travail publié par cet auteur (*Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques, diffuses, des convalescens*, in *Arch. gén. de médecine*, 1860 et 1861) est à la fois *critique* et *dogmatique*. On y trouve d'abord un examen approfondi des faits et des raisonnemens qui ont servi à l'édification de la paralysie diphthérique, examen d'où résulte que dans bien des cas la succession des phénomènes, leurs localisations successives s'éloignent beaucoup du type immuable qu'on veut leur assigner. « Les points affectés (dit M. Gubler, en citant les expressions de M. Maingault) sont le gosier et les quatre membres, plus rarement les muscles du tronc. Telle est en effet la règle; cependant le rectum et la vessie, ordinairement épargnés, sont parfois compromis au même degré que dans une paraplégie par lésion de la moelle épinière... D'autres malades avaient une paralysie du rectum seulement; on croit avoir rencontré une paralysie faciale double; quelques malades étaient affectés d'un bégayement paralytique... A ceux qui gardent une foi aveugle dans l'absolue fixité du type, l'avenir réserve d'autres surprises... En résumé, sur 43 malades, dont l'histoire est relatée par M. Maingault, 14 ont offert des paralysies différentes de ce prétendu type immuable, d'après lequel on devrait reconnaître toujours et sans peine l'intervention de la cause diphthérique. Si l'on y joint sept autres sujets mentionnés d'après différens travaux, et je n'ai pas pris le soin de relever ici toutes les exceptions, on aura un total de 21 cas de

paralysie liée aux angines coenneuses malignes, qui échappent à la loi trop absolue posée par les spécificistes. Encore quelques individus ont-ils présenté simultanément plusieurs contradictions flagrantes à cette règle. *Les paralysies diphthériques n'ont donc pas le caractère uniforme qu'on se plaît à leur accorder*; elles sont réellement aussi diversifiées que celles qui se montrent dans toute autre affection. Époque d'apparition, forme symptomatique, localisation restreinte ou multiple, marche progressive ou rétrograde; tout peut varier et tout varie, en effet, suivant les cas. »

A la suite de cette discussion dont nous n'avons reproduit que les points principaux, M. Gubler cite un grand nombre d'observations empruntées à des sources diverses, où l'on voit *des paralysies générales ou susceptibles de se généraliser survenir à la suite de maladies aiguës autres que la diphthérie*: c'est tantôt dans la convalescence d'une angine non spécifique (herpétique ou autre) que se déclare la paralysie, tantôt consécutivement aux pyrexies, à un érysipèle, à une pneumonie, etc. (1). Il est vrai que le siège et les allures de ces affections paralytiques présentent de grandes différences suivant les cas; mais ne savons-nous pas que les paralysies dites diphthériques sont, elles aussi, loin d'être toujours semblables à elles-mêmes? D'ailleurs, dans le nombre de ces amyotrophies suite d'angine, de pneumonie, d'érysipèle, etc., on en trouve qui offrent avec la paralysie appelée diphthérique une analogie frappante et bien inattendue (2).

Sans méconnaître la portée considérable du mémoire de M. Gubler, nous devons avouer que la critique des opinions qu'il combat nous semble excessive et que, selon nous, elle dépasse le but. Si l'on se place, comme le fait M. Gubler, au point de vue de la synthèse physiologique, on arrivera aisément à démembler de la même manière bien d'autres *unités* généralement et justement admises par les cliniciens. A moins que l'exception ne débordé complètement la règle, c'est-à-dire le type, toujours plus ou moins arbitraire, de la maladie, n'y a-t-il pas profit à conserver celui-ci tel quel au lieu de le rejeter dans la masse des faits généraux? Et, par exemple, la *fréquence* des paralysies extensives à la suite des affections diphthériques est un premier point certainement très digne d'attention. Quant à leur *type* sans doute il n'est ni immuable, ni absolument caractéristique; et pourtant il présente une sorte de fixité

(1) Voyez: E. LEUDET, *Remarques sur les paralysies essentielles consécutives à la fièvre typhoïde, à propos d'un fait de paralysie ascendante aiguë rapidement mortelle, survenue dans la convalescence de cette fièvre* (Gazette méd. de Paris, 1861, n° 19, p. 290).

(2) La ressemblance entre les paralysies suite d'angine diphthérique et celles qui surviennent quelquefois après les angines simples, a suggéré à M. G. Sée (*Mém. cit.*, *Union médicale*, 1860, t. VIII, p. 257), l'idée d'établir une classe particulière de paralysies sous le nom d'*angineuses*.

relative déjà fort singulière. Tout en faisant notre profit de l'étude savante à laquelle M. Gubler a soumis les paralysies quelconques consécutives aux maladies aiguës, nous croyons devoir tenir grand compte des particularités que présentent *habituellement* les paralysies, suite de diphthérie, et que les autres ne nous offrent que beaucoup plus rarement.

Quoi qu'il en soit, nos lecteurs nous sauront gré de mettre sous leurs yeux les remarquables conclusions par lesquelles M. Gubler termine son mémoire, et dans lesquelles, indépendamment même des propositions en litige, ils trouveront des observations du plus haut intérêt sur la physiologie pathologique encore si obscure des paralysies.

« 1° Des paralysies locales ou généralisées peuvent accompagner ou suivre toutes les pyrexies, les phlegmasies, en un mot tous les états morbides de l'économie caractérisés par une exaltation fonctionnelle, même de courte durée. Ordinairement plus intenses et plus fréquentes quand elles sont liées à des affections graves par leur nature ou par leur violence, on les a vues néanmoins se montrer dans le cours et à la suite de chaque maladie aiguë vraiment digne de ce nom.

« 2° A l'occasion d'une espèce nosologique quelconque, il importe de distinguer plusieurs sortes de paralysies dont la réalité est démontrée par l'observation. Les unes sont une expression de la maladie en évolution; les autres lui succèdent et n'ont avec elle qu'un rapport éloigné. De là deux groupes nettement séparés et renfermant chacun plusieurs variétés.

« 3° La première catégorie comprend d'abord des paralysies précoces, se montrant par exemple dans la période prodromique des fièvres éruptives, et comparables aux convulsions qui en marquent le début. Ces *paralysies initiales* sont vraisemblablement exemptes d'altération de tissus.

« 4° Viennent ensuite les *paralysies de la période d'état*, en rapport avec des lésions de l'appareil sensitivo-moteur, portant soit sur les muscles, soit sur les ramifications et les troncs nerveux, soit enfin sur un point quelconque de l'axe cérébro-spinal. Ces lésions anatomiques sont des manifestations locales de la maladie, ayant la même signification que les autres procès inflammatoires qui servent à la caractériser. Nous avons ainsi des paralysies symptomatiques de myosite, de névrite, de myélite et d'encéphalite.

« 5° Je propose d'appeler *successives* les paralysies qui, apparaissant un peu plus tard, comme leur nom le fait pressentir, s'expliquent par la progression de l'état morbide à des régions primitivement respectées.

« 6° Les phlegmasies protopathiques excitent à leur tour des sympathies, susceptibles d'amener des accidents paralytiques dans les organes plus ou moins éloignés, et par des mécanismes divers dont l'étude mérite

» d'être approfondie : ce sont les paralysies sympathiques ou de voisinage.

» 7° Après la cessation des phénomènes actifs de la maladie aiguë, apparaissent les *paralysies consécutives*, qui ne se rattachent à l'affection primordiale que d'une façon détournée. Il y en a de deux sortes : les unes dépendent d'une lésion de l'appareil nerveux, engendrée par l'affection aiguë, entretenue par la prédisposition individuelle et poussée jusqu'à ses dernières conséquences par des causes adjuvantes et occasionnelles : telles sont les paralysies générales proprement dites, décrites par M. Baillarger à la suite de l'érysipèle, et par M. Beau à la suite de la fièvre typhoïde.

» 8° Les autres, beaucoup plus fréquentes, ont été trouvées sans altération anatomique, et se rangent dans la classe des névroses. Ces *paralysies plus particulièrement étudiées dans ces derniers temps à propos de la diphthérie, sont loin d'appartenir exclusivement à cette affection ; on les retrouve avec les mêmes caractères essentiels après toutes les maladies aiguës. Les paralysies diphthériques ne sont qu'un cas particulier d'une règle très générale.*

» 9° Les circonstances dans lesquelles ces paralysies dynamiques prennent naissance, les font assimiler à celles qui dépendent de la chlorose, de l'anémie, des épuisements nerveux, et indirectement des causes nombreuses capables d'amener ces états morbides ; elles se rattachent directement à la débilité de l'économie et méritent par là l'épithète d'*asthéniques*.

» 10° Mais, si loin que soit poussée la faiblesse, elle ne constitue jamais par elle-même une véritable paralysie. On peut voir s'abaisser graduellement le niveau de toutes les forces organiques jusqu'à l'obtusion des sens et de l'intelligence, l'immobilité impotente et un ralentissement énorme des fonctions de nutrition, sans qu'il y ait paralysie. C'est alors la vitalité qui s'amoindrit, ou du moins ce sont les manifestations de la vie qui s'éteignent toutes à la fois. La paralysie proprement dite suppose un défaut de proportion entre les forces générales et celles du système moteur nervo-musculaire, entre l'irritabilité générale et celle des nerfs sensitifs ; par conséquent elle implique un trouble fonctionnel avec ou sans altération organique soit des muscles, soit du système nerveux, centres, cordons et expansions périphériques.

» 11° Aussi les paralysies asthéniques, consécutives aux maladies aiguës, sont-elles contingentes, aléatoires, et non nécessairement associées à la débilitation extrême de l'économie, qui ne paraît constituer à leur égard qu'une prédisposition, ou tout au plus l'imminence morbide. Elles ne se montrent ordinairement qu'au moment de la convalescence confirmée, et l'on peut saisir quelquefois une circonstance pouvant jouer le rôle de cause déterminante.

» 12° Les paralysies de la convalescence paraissent entièrement indé-

» pendantes de toute lésion, même fonctionnelle, des centres et des cordons nerveux ; elles ont leur raison dernière dans l'état même des parties qui en sont affectées, et méritent la dénomination de *périphériques*, par opposition à celles qui se rattachent à une lésion des foyers ou des conducteurs du sentiment et du mouvement.

» 13° Quelquefois circonscrites à un petit nombre d'organes, elles sont le plus souvent réparties sur des régions étendues ; mais en tout cas chaque point est affecté pour son propre compte, et lorsque la perturbation fonctionnelle gagne les parties centrales du système nerveux, on ne peut pas dire que les lésions de ces dernières tiennent les autres sous leur dépendance. Pour exprimer ce caractère qui distingue si profondément les paralysies asthéniques généralisées des paralysies générales proprement dites, je les ai nommées *diffuses*.

» 14° Les *paralysies asthéniques diffuses* des convalescens tendent à gagner en surface comme en intensité ; elles sont donc extenso-progressives. On peut les dire *ascendantes* (1) puisqu'elles débutent souvent par les extrémités inférieures, pour de là se montrer aux membres thoraciques. Mais leur marche est souvent irrégulière et comme capricieuse : tantôt elles sont légères et fugaces, distribuées d'une manière bizarre ; tantôt elles sont généralisées, complètes et permanentes ; elles peuvent même entraîner la mort, lorsque des organes essentiels finissent par être compromis.

» 15° Pour conjurer ces accidens paralytiques consécutifs, le médecin usera avec modération de tous les débilitans ; il prescrira autant que faire se peut, une alimentation légère, même pendant l'activité du mal. Une fois la paralysie survenue, le traitement curatif rationnel consistera dans l'usage d'une nourriture réparatrice, des toniques de toutes sortes, et dans l'emploi des stimulans, tels que frictions, douces froides et bains sulfureux. L'électricité est appelée à rendre de grands services.

ARTICLE I.

PARALYSIES LIMITÉES.

2025. *Bibliographie.* — Voy. 1° la bibliographie des articles *Hystérie, Épilepsie*, des articles *Anesthésie musculaire* (XXIV, p. 338) et *Névroses paralytiques* (XLVI, p. 431, de ce volume).

2° Les ouvrages consacrés à la *Physiologie du système nerveux*, et spécialement :

LONGET. *Anatomie et physiologie du système nerveux*. Paris, 1842, in-8, 2 vol. ; — aux *Affections du cerveau et de la moelle* ; — aux

(1) Voir à ce sujet une *Note sur la paralysie ascendante aiguë*, publiée par M. O. LANDRY dans la *Gazette hebdomadaire*, 1859, nos 30 et 31, p. 472 et 486.