

tres du côté droit; (19 pouces) 0,43 $\frac{1}{2}$ centimètres du côté gauche; la circonférence du mollet droit était de 0,30 centimètres $\frac{1}{2}$ (8 pouces $\frac{1}{4}$), celle du côté gauche de 0,17 centimètres (6 pouces $\frac{3}{4}$), tandis qu'en raison du relâchement des ligaments de l'articulation tibio-arsienne, une ligne oblique tirée de la malléole interne à l'extrémité du talon mesurait 0,069 millimètres (2 pouces $\frac{3}{4}$) à gauche et 0,056 millimètres (2 pouces $\frac{1}{4}$) à droite. Deux ans plus tard la même différence entre les deux côtés existait encore, les mesures du côté gauche donnant 0^m,50 — 0^m,48 — et 0,07 $\frac{1}{2}$ par rapport à 0^m,55 — 0^m,21 et 0^m,07 du côté droit. L'arrêt de la croissance avait porté aussi bien sur le pied que sur la jambe, car tandis que le droit mesurait 0,156 millimètres (6 pouces $\frac{7}{8}$) de l'extrémité des orteils à celle du talon, le pied gauche ne donnait que 0,144 millimètres (5 pouces $\frac{3}{4}$). Le relâchement des ligaments mentionné dans ce cas existe quelquefois à un degré même beaucoup plus considérable et tend à augmenter la difformité et à diminuer l'utilité du membre; et ceci est surtout marqué quand l'extrémité supérieure est affectée. Dans trois exemples j'ai vu le bras complètement disloqué, en raison d'une paralysie ancienne, les ligaments de l'articulation de l'épaule s'étant relâchés à ce point que la tête de l'humérus était suspendue tout à fait en dehors de la cavité glénoïde; et en mesurant la distance depuis l'acromion jusqu'à l'extrémité des doigts, dans un de ces cas, je trouvai qu'un allongement apparent du membre paralysé de 0,019 millimètres s'était ainsi produit.

La difformité, dans ces cas, dépend d'abord simplement de l'action du poids du membre, ensuite de l'atrophie des muscles paralysés et du relâchement des ligaments, et en outre de la contraction permanente de quelques muscles, lorsque leurs antagonistes sont paralysés. Dans certains cas de paralysie ancienne, les difformités ainsi produites sont réellement très sérieuses, et leur guérison constitue un des plus grands triomphes de la chirurgie orthopédique.

On doit se souvenir, pour apprécier la gravité de la paralysie de la première et de la deuxième enfance, que les difformités dont il vient d'être question ne sont pas seulement des conséquences accidentelles de paralysie très intenses et de très longue durée, mais qu'elles ont de la tendance à se produire dans tous les cas, et que le retour d'une somme très considérable de mouvement dans le membre affecté n'est d'aucune garantie contre leur production. Il résulte de ceci, que dans tous les cas de paralysie de l'enfance, le malade doit être surveillé très attentivement pendant toute la durée de la convalescence, durée qui souvent n'est pas moindre de plusieurs années; cette surveillance est surtout nécessaire lorsque, un groupe de muscles persistant à être plus faible qu'un autre, une des causes les plus influentes de la déformation des membres est constamment en action. Mais, bien qu'on commence le

traitement de bonne heure et qu'on le continue longtemps, on doit avouer que la perspective d'une complète guérison est encore dans ces cas loin d'être grande. Je ne puis essayer d'établir les proportions dans lesquelles la guérison se produit, et encore moins de donner une estimation numérique des guérisons complètes, par rapport à celles qui ne sont qu'incomplètes. A l'hôpital ou dans la pratique de la ville, la majorité des cas n'est soumise à mon observation que pendant un temps très court, et dans la plupart d'entre eux tout traitement a été négligé; ou bien la paralysie a été complète à un degré peu ordinaire; ou enfin les difformités consécutives ont atteint des proportions exceptionnelles. C'est pourquoi je crois que le nombre des paralysies qui s'améliorent d'elles-mêmes est plus grand que mon expérience personnelle n'aurait pu me le faire supposer; et je crois, en outre, que les cas de paralysie complète d'un membre, ou d'une difformité à laquelle ne puisse remédier l'orthopédie, sont moins nombreux.

On peut ici ajouter une ou deux réflexions relatives au pronostic de cette maladie. Un certain degré d'amendement spontané a lieu dans presque tous les cas, commençant quelquefois peu d'heures après le début de la paralysie, et produisant le rétablissement complet de la force musculaire dans le cours de peu de jours ou même de quelques heures. Cependant entre cette paralysie, qui a été nommée paralysie de Kennedy, et la véritable paralysie spinale, je ne vois aucune différence de nature, mais seulement une d'intensité; je ne vois également aucun moyen qui permette de dire dans les premières heures qui suivent son début si l'affection sera temporaire ou persistante, si ce n'est la notion de ce fait, que plutôt commence l'amélioration, plus grande est la probabilité de la voir se continuer. D'habitude, même dans les cas les plus fâcheux, l'amendement commence dans la première ou la seconde semaine, et est d'abord très apparent, mais bientôt il marche plus lentement, et à la fin arrive à un temps d'arrêt complet pour rester stationnaire pendant des mois, ou toujours, si on n'adopte aucun traitement; l'atrophie des muscles et la dégénérescence de leur tissu commencent seulement alors et continuent pendant un temps indéfini après lequel elles cessent également de s'aggraver, et l'enfant reste pour la vie avec un membre atrophié sur lequel, avec l'habitude et l'aide des muscles non paralysés, il acquiert un certain degré d'action utile, plus considérable probablement qu'on aurait pu le prévoir, bien que la difformité persiste encore et soit peut-être irrémédiable.

Traitement. — On ne peut rien demander de plus propre que la connaissance de ces faits à démontrer la nécessité d'adopter de bonne heure un traitement approprié. Sa nature doit naturellement varier suivant les circonstances au milieu desquelles se produit l'affection, et

celles-ci, comme nous l'avons vu, diffèrent grandement, la paralysie se montrant dans un cas pendant la dentition, dans l'autre à la suite d'une des fièvres éruptives et dans un troisième succédant à des symptômes de rhumatisme.

Il y a dans la majorité des cas une période aiguë, qui, même courte, est assez manifeste, marquée par des symptômes fébriles, quelquefois par des signes tranchés d'un trouble cérébral, dans d'autres exemples par de violentes douleurs dans les membres, ou une hyperesthésie accentuée qui empêche toute tentative de mouvement. Aucune règle spéciale de traitement ne peut être tracée, pour cette période, autre que l'observation du repos absolu, l'usage des remèdes anti spasmodiques, l'incision des gencives si l'attaque paraît liée au travail de la dentition, et le repos complet des membres malades aussi longtemps que les tentatives pour se mouvoir causent de la douleur. Il vient cependant un moment, et même dans les cas les moins favorables au bout de peu de jours, où tout signe d'affection aiguë a disparu, et où il ne reste pour attirer notre attention rien autre chose que la perte de la contractilité. Quelquefois il n'existe aucun désordre de la santé générale, et, dans la majorité des cas où il en existe un, celui-ci ne consiste qu'en un état de constipation ou dans celui d'une faiblesse générale; de sorte que les purgatifs et les toniques sont les remèdes internes le plus ordinairement indiqués, et parmi ceux-ci les doux laxatifs conviennent mieux que les drastiques, de même que le fer et l'huile de foie de morue rendent plus de services que les autres toniques. Il y a pourtant un tonique qui a, et non tout à fait sans raison, une réputation spéciale, dans le cas de paralysie infantile: c'est la noix vomique, dont l'emploi m'a paru avoir été suivi, dans beaucoup de cas, de l'élévation de la température des membres, et d'une augmentation de la force musculaire. Je ne l'ai pas vu produire ces soubresauts dans les membres que détermine l'administration de la strychnine chez l'adulte; mais j'ai vu souvent, pendant son administration, des convulsions générales et un peu violentes, qui ne furent suivies d'aucune conséquence fâcheuse, bien que je ne puisse pas dire qu'elles n'offrissent aucun danger. Mais à ce propos je n'ai qu'à répéter la recommandation que j'ai déjà faite en parlant de l'emploi de la strychnine dans la chorée.

Quel que soit le traitement purement médical, on doit faire des efforts constants, aussitôt que l'exaltation de la sensibilité s'est évanouie, pour faire agir le membre paralysé; et, si la force musculaire est extrêmement altérée, nous devons chercher, par l'emploi régulier de mouvements passifs et par des frictions, à prévenir cette atrophie des muscles qu'on est presque certain de voir suivre l'inaction longtemps prolongée. Si la jambe est affectée, un enfant qui n'a appris à marcher que depuis peu de temps ne pourra se tenir sur ses pieds, et même après que la puissance

contractile sera rétablie suffisamment pour lui permettre de faire quelques tentatives pour marcher, il en sera détourné par le sentiment de son défaut de sécurité, se mettra à pleurer, bien que sa nourrice le soutienne avec soin, et refusera de faire le plus léger mouvement. Ces tentatives qui effrayent évidemment l'enfant sont interrompues dans l'espoir trop souvent trompé qu'avec quelques mois il acquerra plus de force, et on perd ainsi un temps précieux; les muscles s'atrophient et il en résulte une difformité permanente du membre. Dans ces cas, deux moyens très simples rendent souvent un grand service en prévenant ce fâcheux résultat. Le baby-jumper, appareil élastique fixé au plafond et faisant rebondir les enfants quand leurs pieds touchent le sol, et dans lequel ils se plaisent tous, exerce très efficacement les jambes; de même, aussitôt qu'il s'est produit un retour même très léger des forces dans les jambes, le chariot est d'une grande utilité, attendu qu'il fait disparaître tout sentiment de crainte de tomber et que le petit, ainsi bien convaincu de la sécurité où il se trouve, recommence bientôt à marcher. Le chariot cependant a ce désavantage qu'il dispose beaucoup à se pencher en avant en marchant, ce que l'on peut observer chez tous les enfants, même quelque temps après qu'ils ont appris à marcher assez bien; il rend ainsi la démarche très mal assurée. Aussitôt, donc, que l'enfant sait marcher dans le chariot d'une manière suffisante, il est bien d'en cesser l'usage, soit complètement, soit en grande partie, et de le remplacer par l'artifice suivant. On met à l'enfant une petite jaquette faite d'une étoffe épaisse; doublée et rembourée sous les aisselles. A cette jaquette sont attachées deux bandes de forte toile, dont une extrémité est fixée à la partie antérieure et l'autre à la postérieure du vêtement. Les bandes sont d'une longueur suffisante pour être tenues commodément par la personne qui soigne l'enfant; avec leur aide on soutient plus ou moins complètement le poids du corps, et en marchant l'enfant ne se penche pas en avant comme lorsqu'il se sert du chariot. Se sentant parfaitement en sûreté l'enfant persévère maintenant à marcher; on évite ainsi beaucoup des plus fâcheuses conséquences de la paralysie, et on obtient une guérison plus complète et plus rapide qu'on n'aurait pu d'abord le prévoir. Si l'enfant est assez âgé pour qu'on lui apprenne à marcher avec des béquilles (et à 5 ou 6 ans cette éducation est bientôt faite), il est bien de l'en pourvoir aussitôt que possible, car il fera certainement des progrès plus considérables et plus rapides s'il n'a plus à compter que sur lui-même, que si une nourrice ou une garde l'aide, en le soutenant ou en l'empêchant de tomber. Malgré tous ces soins, cependant, il est très possible qu'il survienne quelque difformité de la jambe qui réclame l'emploi d'attelles, ou de quelque autre moyen mécanique, ou même l'intervention chirurgicale.

Quand c'est le bras qui est affecté, les principes qui viennent d'être

exposés ont une égale importance, bien que les moyens de les mettre à exécution doivent naturellement différer beaucoup. — Les exercices passifs doivent être strictement exécutés; le bras sain doit être tenu immobilisé, soit tout à fait, soit pendant une grande partie de la journée; les caresses, les présents et tous les moyens de séduction qui gagnent le cœur d'un enfant doivent être mis en œuvre comme récompense des tentatives faites pour se servir du bras affaibli. — L'action de soulever un poids au moyen d'une corde passant sur une poulie est une manière d'exercer qui peut être mise en pratique même chez les très jeunes enfants, tandis que pour les plus âgés l'action de faire rouler un cerceau avec la main faible est un exercice excellent qui réunit le travail au jeu. Je n'ai pas besoin de dire qu'il faut beaucoup d'attention et beaucoup de patience pour mettre ces conseils à exécution, et un degré considérable de cet amour instinctif des enfants qui enseigne à ceux qui le possèdent à transformer en jeu et en amusement ce qui, dans d'autres mains, ne serait qu'une tâche des plus fatigantes. Dans beaucoup de cas, cependant, il faut quelque chose de plus que ce que peuvent donner les tentatives même les mieux dirigées pour exercer le membre, et ceci, soit parce que la paralysie est absolument complète, soit parce qu'elle est de très vieille date. Dans ces cas, nous trouvons la nutrition du membre grandement affaiblie, sa température très basse et sa sensibilité moins fine qu'à l'état normal; dans de tels cas, les frictions sur les membres et les autres formes d'exercices passifs doivent être soigneusement continuées; mais en même temps, je pense avoir retiré beaucoup d'avantages des douches chaudes pratiquées une ou deux fois par jour et continuées avec fermeté pendant des semaines entières sur les membres inférieurs et sur la région sacrée. Une des objections à l'emploi des vésicatoires est que, nécessairement, ils excluent la persévérance dans l'emploi de la douche; et une objection semblable, bien qu'elle n'ait pas la même valeur, s'applique à l'emploi des liniments stimulants. Dans les cas de cette nature d'ailleurs, nous voyons constamment qu'un remède, utile pendant un temps, cesse à la fin d'être d'aucun avantage: aussi, quand l'amélioration, sous l'influence de la douche, semble être arrivée à un temps d'arrêt, on peut essayer un liniment stimulant pendant une certaine période. J'emploie d'habitude un liniment à l'huile de croton ou un autre contenant de la teinture de cantharide en quantité suffisante pour produire un effet rubéfiant, mais non les vésicatoires: ceux-ci ne causent pas seulement beaucoup de douleur, mais m'ont semblé aussi avoir un effet plus fugace que les liniments. Le galvanisme est un autre remède dont on retire souvent beaucoup de bien, mais son application convenable demande une dépense de temps qu'il n'est pas toujours aisé de lui accorder, et un tact dans son emploi auquel on ne peut guère atteindre que par une longue pratique. Entre les

résultats qui suivent le mode ordinaire grossier d'employer l'électricité, et ceux que donne son application scientifique au moyen de cette électrisation localisée dont nous devons la connaissance à Duchenne, de Boulogne (1), la différence est immense; et je considère l'emploi plus perfectionné de cette dernière comme un moyen qui peut nous permettre de remédier à des états que jusqu'alors nous avons été habitués à regarder, et non sans raison, comme tout à fait désespérés.

On a beaucoup parlé, autrefois, des exercices dits suédois, comme moyen de rendre aux membres paralysés leur activité; et quoique, malheureusement, leur application soit tombée aux mains de personnes qui ne sont pas le plus propres à conserver à notre profession sa bonne réputation, nous ne devons pas, pour cela, rabaisser les avantages qu'ils sont capables de procurer. Leur action paraît reposer sur deux principes: l'un est l'exécution des mouvements les plus propres à mettre en jeu les muscles dont la contractilité est incomplète; l'autre, la stimulation de l'exercice actif de la volonté pour produire ces mouvements. Je n'ai aucun doute sur l'efficacité de la volonté comme moyen auxiliaire de revivifier la force contractile dans les membres paralysés partiellement.

Naturellement, chez l'enfant, dont la volonté est faible et de nature à être distraite par les causes les plus insignifiantes, cette action est bien moins énergique que chez les grandes personnes: mais, c'est encore une force digne d'être utilisée, et la persévérance constante à l'exercer, de l'enfance à l'âge adulte, fait plus, j'en suis sûr, pour le rétablissement d'un membre paralysé, qu'on n'aurait pu l'imaginer d'après son emploi accidentel dans une ou deux occasions.

Il serait sans utilité d'entrer dans le détail de tout ce qui peut arriver dans ces cas, ou de vous donner des règles pour la conduite à tenir suivant chaque degré ou chaque période de cette affection. Les observations que j'ai déjà faites vous mettront, dans tous les cas, en possession des principes qui devront généralement régler votre conduite (2).

(1) Pour le compte rendu des recherches, de même que pour des observations pratiques d'une très grande valeur, outre les traités de Duchenne, de Boulogne, *De l'électrisation localisée*, in-8°, Paris 1861, et *Physiologie des mouvements*, in-8°, Paris, 1867, on peut recommander les *Leçons* du Dr Reynold sur les usages cliniques de l'électricité, in-8°, Londres, 1871, et l'excellent *Manuel de l'Électricité médicale*, par le Dr Tibbitt, in-8°, Londres, 1873, comme constituant le meilleur et le plus clair épitomé de l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet.

(2) Je n'ai pas parlé de tous ces cas rares de paralysie qui s'accompagnent de dégénérescence graisseuse des muscles, et, comme Cruveilhier l'a montré, d'une atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, attendu qu'ils ne sont en aucune façon propres aux premiers temps de la vie, et ne dépendent point de causes sur lesquelles l'âge du malade ait une influence quelconque. Le *Traité* du Dr Roberts, sur la paralysie atrophique (wasting palsy), Londres 1858, in-8°, et son article dans le t. II du *Système de médecine*

Paralysie pseudo-hypertrophique. — Je pense, contrairement à l'avis de l'auteur, qu'il y a lieu de dire quelques mots de cette affection qui est propre à l'enfance et dont les cas se sont multipliés.

Le diagnostic de la paralysie pseudo-hypertrophique ne présente de difficulté que par exception. La station, la marche de l'enfant qui en est atteint ont quelque chose de spécial qui frappe tout d'abord. Pour se tenir debout il écarte fortement les jambes, incline la partie supérieure du tronc en arrière en cambrant les reins, et cela dans le double but d'élargir la base de sustentation et de faire tomber le centre de gravité en arrière du sacrum. De cette attitude il résulte qu'à la région lombaire existe une partie à laquelle on donne le nom d'*ensellure*. L'enfant ne peut se pencher en avant pour ramasser avec les deux mains un objet placé sur le sol ; car, dès que la partie supérieure du tronc a dépassé la verticale en avant, même d'un faible degré, il perd l'équilibre et tombe. — Si on le couche, le tronc reprend sa rectitude et l'*ensellure* disparaît. — Nous dirons tout de suite que l'attitude renversée en arrière tient, ainsi que l'a établi Duchenne, de Boulogne, à la faiblesse des muscles extenseurs du tronc.

Quand on fait marcher le malade, on le voit se dandiner de droite à gauche, inclinant le tronc du côté du pied qui pose sur le sol pour déplacer le centre de gravité de façon à remédier instinctivement à la faiblesse musculaire.

Faites déshabiller l'enfant qui présente cette attitude et cette démarche accusant l'insuffisance de la force musculaire, et vous êtes frappé par ce fait, qu'au lieu de trouver des muscles insuffisamment développés, ceux qui remplissent mal leurs fonctions ont au contraire un développement apparent extraordinaire. Les mollets, notamment, qui sont le plus souvent le siège du mal sont proéminents, font deux saillies dures, résistantes, et il vous semble qu'il y a là un groupe musculaire d'une force prodigieuse. Les fesses sont aussi fort souvent, mais moins que les mollets, très développées et en général à un degré moindre que ceux-ci ; de même des masses sacro-lombaires. La partie supérieure du tronc est mince, grêle ; les muscles, surtout à cause de l'opposition avec ceux des membres inférieurs, ne paraissent pas avoir un développement suffisant. Par exception la pseudo-hypertrophie peut porter sur les muscles de la partie supérieure du tronc y compris ceux de la face, mais ce sont là des faits exceptionnels.

Cette affection a une évolution lente, et nous venons de l'examiner à une période déjà très avancée et typique : mais, pendant des mois, on peut n'avoir à constater que de la faiblesse des membres inférieurs ; l'enfant se fatigue vite, demande à être porté, trébuche, tombe facilement, et comme il n'existe encore

de Reynold (Reynold's system of medicine) contiennent un très bon résumé de nos connaissances sur cette maladie, dont nous devons la première notion à Cruveilhier. — Voyez son essai sur la paralysie musculaire atrophique dans les *Arch. gén. de médecine* pour mai 1853.

Deux cas de cette paralysie, et celle encore plus rare désignée par Duchenne sous le nom de paralysie pseudo-hypertrophique, ont été soumis à mon observation à l'hôpital des Enfants. Ils étaient typiques, mais, comme ils ne feraient que confirmer les faits déjà rapportés par d'autres, je m'abstiens de consacrer à leur description un espace utile, car il est si difficile, et en même temps important, d'éviter d'augmenter l'étendue d'un ouvrage à chaque nouvelle édition, que je regarde comme un devoir d'omettre certaines choses, qui ne sont pourtant ni sans intérêt ni sans importance.

aucun développement anormal des muscles, même de ceux des mollets, la pensée de la paralysie pseudo-hypertrophique peut ne pas venir. Si l'enfant est atteint avant d'avoir marché, il n'arrive à pouvoir le faire que fort tard à cause de la faiblesse des jambes ; et la difficulté du diagnostic est encore plus grande. Il importe de bien noter que cet affaiblissement se produit graduellement, qu'à proprement parler, il n'y a point paralysie, puisque dans la position horizontale tous les mouvements sont possibles, que l'atrophie manque, pour éviter la confusion avec la paralysie d'origine cérébrale ou médullaire. Il y a de petits enfants, surtout dans la classe pauvre, qui ne marchent que très tard parce qu'on ne les a pas exercés, qu'on les a laissés presque constamment au lit. Chez eux les extrémités inférieures sont grêles et un peu infléchies sur le bassin, ce qui peut suffire à les distinguer des enfants atteints de la maladie qui nous occupe où les muscles ont au moins le volume normal.

Cette période d'affaiblissement sans modification dans le développement des masses musculaires dure en général quelques mois, et l'hypertrophie une fois commencée va progressant pendant un an à seize mois, puis, arrivée à son maximum, reste stationnaire pendant plusieurs années. C'est alors que le développement des masses musculaires a quelquefois atteint un volume réellement extraordinaire, qui contraste d'une manière frappante avec l'affaiblissement de plus en plus grand de leur puissance contractile. — Ce qui contribue à cette période avancée à rendre la marche très difficile, c'est le développement presque constant d'un pied-bot équin-bilatéral qui peut arriver progressivement à un tel degré que le talon ne touche que difficilement le sol.

Jusqu'ici les enfants pouvaient, bien que difficilement, se tenir debout et marcher tant bien que mal ; mais, après quelques années, alors que le petit malade touche à l'adolescence, il est condamné au repos dans la position assise ou couchée, et les muscles sont atrophiés. La contractilité électrique conservée jusqu'alors va en s'affaiblissant, mais la sensibilité reste intacte jusqu'à la fin.

La santé générale, florissante au début, assez bien conservée pendant la période d'état, s'affaiblit, les enfants maigrissent, et cette maigreur est surtout marquée à la partie supérieure du tronc, où il y a de véritables atrophies musculaires. Enfin les enfants finissent par succomber d'épuisement et surtout par le fait de quelque maladie intercurrente avant d'être arrivés à l'âge adulte. Ils meurent le plus souvent avant d'avoir atteint leur quinzième année. — On pourrait jusqu'à un certain point diviser la maladie en deux périodes, une première de progrès ou d'état qu'on pourrait appeler *période hypertrophique*, et une seconde, pendant laquelle les muscles antérieurement trop volumineux s'atrophieraient, *période atrophique*.

Quelle est la cause première de cette singulière affection ? Je ne sais pas que jusqu'à ce jour on ait trouvé aucune lésion dans les centres nerveux. — Au contraire, les muscles ont été constamment trouvés malades, et si l'on doit admettre des paralysies myogéniques, celle-ci en est un exemple. C'est le tissu conjonctif interstitiel des muscles qui est surtout atteint, il subit une hyperplasie considérable à laquelle il faut attribuer pour la plus grande partie l'augmentation de volume des muscles. Cette hyperplasie est constituée par l'accumulation de cellules fusiformes ou de noyaux et même par la formation d'un tissu fibrillaire ondulé.

La dégénérescence graisseuse des fibres musculaires est excessivement rare. Mais en revanche le myolemme contient une quantité de graisse quelquefois si considérable que le muscle semble transformé en un lypome. Ce n'est pas que la fibre musculaire reste intacte; ses faisceaux primitifs s'atrophient, la structure transversale, qui persiste d'ailleurs longtemps, devient de bonne heure moins accusée, plus fine. Suivant quelques auteurs, des fibres peuvent disparaître complètement et ne plus laisser que le myolemme.

L'étiologie n'est de nature à jeter aucun jour sur la nature de la maladie; tout ce que nous savons, c'est que l'affection se montre chez les enfants du premier âge, et très exceptionnellement vers celui de 8 ou 10 ans; qu'elle peut affecter plusieurs membres de la même famille et est beaucoup plus fréquente chez les garçons; enfin, qu'elle ne paraît pas avoir de cause occasionnelle appréciable.

Traitement. — L'électrisation est le seul moyen qui paraisse avoir été utile, et Duchenne, de Boulogne, qui a le premier décrit la maladie est aussi le premier qui l'ait traitée par la faradisation; il est vrai qu'il employait en même temps le massage, les douches; et à l'intérieur l'huile de foie de morue. Les deux malades qu'il a traités et qui étaient à la première période ont été très sensiblement améliorés. L'un de ces malades au bout de deux mois pouvait marcher et même courir. — On faisait quatre séances d'électrisation de cinq à six minutes avec un courant induit, avec des intermittences éloignées, et à des degrés de tension variables pour faire pénétrer le courant à des profondeurs différentes sans toutefois produire de douleur.

Depuis on a employé des courants continus et, paraît-il aussi, avec de bons résultats. — Pour mon compte je dois dire que j'ai toujours vu la paralysie pseudo-hypertrophique résister à tous les moyens de traitement.

Paralysie faciale. — Je puis ajouter un mot relatif à des cas de *paralysie de la portion dure*. Chez l'enfant comme chez l'adulte, ils s'améliorent généralement beaucoup, souvent même deviennent tout à fait bien, avec le temps, et sous l'influence d'un traitement dirigé contre l'état de santé générale du malade; et quand la paralysie faciale se trouve associée à d'autres formes de paralysie infantile, les muscles de la face sont presque toujours les premiers à retrouver leur contractilité volontaire. — Vous devez cependant vous souvenir de la possibilité pour le nerf facial d'être soumis à la compression de quelque glande hypertrophiée; et si vous avez des motifs pour croire que tel est le cas, vous pouvez appliquer une sangsue sur le point par lequel le nerf sort du crâne.

Enfin, je dois maintenant mentionner que des enfants sont quelquefois nés avec une hémiplegie faciale, comme conséquence d'une lésion du facial, par l'application du forceps pendant l'accouchement, ou, comme on l'a observé une ou deux fois, par la contusion du nerf pendant le passage de la tête à travers le bassin, sans qu'on se soit servi d'aucun instrument. Ces cas sont rares, mais il est bon que vous soyez prévenus de la possibilité de leur production, indépendamment de toute

lésion du cerveau. Ces paralysies disparaissent généralement dans le cours de quelques jours ou de quelques semaines (1). Dans le seul fait de cette nature qui se soit présenté à mon observation personnelle, la distorsion de la face, quoique très forte à la naissance, — un œil restait largement ouvert, et le côté correspondant de la face tout à fait sans action, de sorte que l'enfant était incapable de téter, — avait déjà beaucoup diminué en six heures et complètement disparu en une semaine.

Hyperesthésie et névralgie. — Il ne serait pas juste de quitter cet ordre de questions sans dire un mot de la production exceptionnelle de l'*hyperesthésie* et de la *névralgie* dans les premiers temps de la vie. Il est certainement singulier, quand on considère la disposition des enfants aux troubles du système nerveux, de voir que les cas de sensibilité exaltée, si fréquents chez l'adulte, soient si rares dans le jeune âge. Cependant, j'ai rencontré ce genre de souffrance en différentes occasions; quelquefois précédant la perte de la contractilité dans les membres qui étaient ensuite paralysés, et durant alors presque invariablement un ou deux jours, bien qu'il y ait à cela des exceptions; et j'ai rencontré un état de sensibilité extrême de la partie inférieure de l'épine et des deux jambes, qui continua pendant plusieurs semaines, et alors disparut graduellement, mais en laissant la puissance contractile des membres très diminuée. Outre ces faits, j'ai observé deux fois chez des enfants, pendant la dentition, une exagération de la sensibilité sur toute la surface du corps, mais surtout aux extrémités inférieures; et excessive à ce point qu'elle rendait presque impossible l'action de remuer les enfants pour les laver et pour les habiller.

Pendant de nombreuses semaines, un de ces enfants ne put quitter la position horizontale en raison des souffrances vives qu'occasionnait toute tentative pour le déplacer, tandis que l'autre commençait des pleurs sans fin aussitôt qu'on touchait ses jambes pour les laver, pour ôter ou pour mettre ses bas. Ces deux enfants, dont l'un avait dix mois et l'autre vingt quand ils furent confiés à mes soins, avaient une santé très altérée, souffraient de violentes douleurs dentaires, avec des gencives fongueuses et saignantes. A mesure que leur état général s'améliora, la sensibilité excessive diminua et, chez le plus jeune, disparut complètement en trois mois environ. Chez cet enfant les symptômes duraient depuis à peu près un mois, chez l'autre depuis plus de trois, quand ils se présentèrent à mon observation.

La dernière fois que j'en ai entendu parler, il avait à peu près 2 ans et demi, sa santé s'était beaucoup améliorée, il avait percé toutes ses dents,

(1) Voyez les observations de Kennedy sur l'apoplexie, la paralysie, etc. des enfants nouveau-nés, dans le *Dublin Journ. of med. science*, et Landouzy sur l'hémiplegie faciale chez les enfants nouveau-nés, in-8°, Paris, 1839.

et les gencives étaient redevenues presque saines. Les membres avaient, depuis deux mois, cessé d'être douloureux, et l'enfant avait commencé à s'asseoir pendant une heure chaque fois, mais n'avait encore fait aucune tentative pour marcher. Dans les deux cas j'employai le fer, la quinine et le chlorate de potasse avec addition d'un peu de vin; et ce fut sous l'influence de ce traitement que l'amélioration, assez tardive, se produisit.

Une douleur névralgique, semblable à la névralgie faciale des adultes, survenant et disparaissant sans cause apparente, est un fait extrêmement rare dans l'enfance; si exceptionnel chez les petits enfants, que je ne me souviens pas d'avoir jamais rencontré d'exemple d'une douleur violente, tenace et à retours, à laquelle on ne pût tôt ou tard assigner une cause locale. J'en connais cependant un exemple chez une petite fille de 10 ans, à laquelle le paroxysme de la douleur survenant dans le talon arrachait des cris lamentables. Mais, à la fin, cette douleur cessa, ne laissant derrière elle ni altération de la contractilité musculaire dans le membre, ni sensibilité à la pression, ni trace quelconque d'une maladie locale. Sa santé, cependant, qui n'avait jamais été bonne, devint pire à l'approche de la puberté, et l'enfant fut atteinte, en outre, de ces troubles variés du système nerveux que, faute d'une notion plus précise, nous classons communément sous le titre d'hystérie. Une fois, aussi, je vis une petite fille de 7 ans chez laquelle, après quelques jours de ce qui paraissait être une attaque bénigne de fièvre rémittente, survint dans la tête une douleur terrible, avec intolérance extrême pour la lumière et le bruit. Quelques médecins, qui l'avaient vue, regardèrent ces symptômes comme ceux de la méningite tuberculeuse, et adoptèrent sans résultat un traitement en rapport avec cette supposition; il n'avait point échappé à l'observation du très intelligent praticien qui avait surtout charge de l'enfant, que les symptômes n'avaient été ni accompagnés de vomissement, ni suivis de constipation; que les cris étaient trop violents, les douleurs trop intenses et les intervalles de repos trop complets pour s'accorder avec ce qu'on devait attendre dans le cas où il y aurait eu une lésion organique du cerveau; et d'un autre côté, bien que le traitement eût plutôt aggravé qu'amélioré sa situation, aucun signe nouveau d'un désordre cérébral ne s'était montré dans le cours de quatre ou cinq jours; mais la douleur continuait, comme auparavant, à être le seul symptôme. Considérant cette douleur comme névralgique, on substitua la quinine au traitement antiphlogistique, et l'enfant fut en même temps transportée à Tunbridge Wells.

Pendant le voyage même, la douleur diminuait d'intensité, avait disparu complètement en peu de jours, et l'enfant retrouvait toute sa santé. Deux ou trois cas de la même nature se sont présentés à moi, à l'hôpital des Enfants, et les symptômes se sont améliorés sous l'in-

fluence d'une bonne alimentation, du repos parfait et de l'emploi de la quinine. L'intensité de la douleur, ses rémissions complètes, la persistance des symptômes, avec leur même caractère constant, l'absence de constipation et de chaleur permanente à la tête, aussi bien que de cette émaciation à marche rapide qui manque rarement quand il se fait une tuberculisation active du cerveau ou de ses membranes, nous aideront généralement à rectifier notre diagnostic. J'ai plus d'une fois, en cas de doute, expérimenté pendant vingt-quatre heures avec la quinine, en donnant une dose complète toutes les quatre heures, et j'ai eu la satisfaction de voir l'essai réussir, et, sous l'influence de son action continue, diminuer, puis disparaître complètement, les symptômes qui avaient paru offrir une telle gravité.

Mais, pendant que les cas comme ceux-ci sont très peu communs, il n'est pas rare que les enfants aient des accès de mal de tête, souvent très intenses et accompagnés de difficulté à tolérer la lumière ou le bruit, et qui sont produits par un léger trouble gastrique, un petit excès de fatigue, ou de la surexcitation. Ces accès ressemblent de très près à la migraine ou au mal de tête hystérique, auquel les femmes délicates sont sujettes. Ils surviennent brusquement, ne durent que douze ou au plus vingt-quatre heures, cessent spontanément (bien qu'un doux laxatif ou une dose de calomel accélèrent leur disparition) et, à l'exception d'un peu de fatigue, ne laissent après eux aucune trace d'indisposition.

Les parents, pleins de sollicitude, prennent souvent de l'inquiétude, craignant que ces accès n'annoncent une maladie du cerveau; pourtant, leur brusque apparition et leurs retours fréquents (circonstances qui provoquent l'inquiétude des personnes étrangères à la médecine) doivent servir plutôt à diminuer vos appréhensions lorsqu'ils sont associés à la cessation rapide de chaque attaque et à l'absence de persistance de tout symptôme cérébral dans leurs intervalles (1).

(1) Pour de plus amples observations sur la névralgie dans l'enfance, je dois de nouveau renvoyer à mes *Lumleian Lectures*.