

grande constance, peut s'accompagner de paraplégie (Trousseau); il se passe ici ce qui se passe dans la variole, et les phénomènes paraplégiques initiaux sont tout aussi transitoires que dans la variole. La prédominance de ces symptômes spinaux avait autrefois inspiré à Fritz sa description de la *forme spinale* de cette affection (1863). Rachialgie et paraplégie transitoires sont sans doute le résultat d'une congestion médullaire.

Ces paraplégies du début sont d'ailleurs exceptionnelles. Comme tous les accidents nerveux, la paraplégie appartient surtout, non à la période d'état, mais à la période de déclin et même à la convalescence confirmée.

De l'aveu de tous les auteurs, c'est la paralysie des membres inférieurs qui est la forme la plus ordinaire des accidents paralytiques chez les convalescents de fièvre typhoïde. Trousseau notait déjà le fait. Les paralysies localisées « occupent le plus ordinairement les membres inférieurs, affectant la vessie et déterminant des rétentions ou des incontinenances d'urine ». Nothnagel, après avoir déclaré que la fièvre typhoïde peut se compliquer de paralysies dans le domaine de tous les nerfs, dit expressément que la paraplégie est l'accident le plus fréquent. Il semble d'ailleurs que, suivant la remarque de Trousseau, la paraplégie, comme les autres accidents nerveux, intervienne de préférence dans la convalescence ou le décours des *fièvres typhoïdes graves*.

La paraplégie à début ordinairement lent et graduel, et très exceptionnellement brusque, n'est pas le plus souvent complète. « Le malade ne peut ni se tenir debout, ni marcher; s'il essaye de se lever, ses jambes fléchissent sous lui, mais elles ne sont pas tout à fait inertes, et il est bien rare que, couché, il ne puisse encore leur imprimer des mouvements assez étendus » (L. Landouzy). La *flaccidité* est la règle constante.

Des *troubles sensitifs* assez variés accompagnent les troubles moteurs : fourmillements et picotements au début, engourdissement, puis anesthésie, ou obtusion tout au moins de la sensibilité, dans les régions paralysées.

La vessie — si fréquemment atteinte au cours de la fièvre typhoïde — et le rectum sont souvent paralysés pendant un certain temps.

L'amyotrophie est habituelle, et la fonte des masses musculaires tranche encore sur l'amaigrissement général. Nothnagel¹ a noté l'amoindrissement de la contractilité électrique dans la paralysie des membres inférieurs, comme dans les autres paralysies typhiques.

La paraplégie a le plus ordinairement peu de tendance à se géné-

1. Arch. für klin. Med., 1872.

raliser; mais elle n'est dans quelques cas que le premier stade d'une paralysie ascendante aiguë. L'amendement et la guérison définitive sont la règle, en un temps d'ailleurs variable; mais Murchison a vu des reliquats définitifs, sous forme d'atrophie persistante de certains muscles, entraînant une véritable infirmité.

De l'anatomie pathologique des paraplégies typhoïdiques nous savons peu de chose, les autopsies manquant presque entièrement. On peut, sans crainte de se tromper, invoquer une altération médullaire: soit simplement congestive dans les paraplégies du début, soit vraiment organique, mais légère et curable, dans les paraplégies de la convalescence. Il s'agit certainement de myélite diffuse, et l'atrophie parfois persistante nous paraît être la signature d'un processus portant sur les cornes antérieures.

Mais toutes les paraplégies post-typhoïdiques ne sont pas l'expression d'un processus médullaire. Dans la thèse de M^{me} Déjerine-Klumpke¹, on trouve une observation de paraplégie post-typhoïdique dont les traits cliniques principaux étaient les suivants: *parésie* du *triceps fémoral* et du *jambier antérieur*; intégrité des péroniers et des extenseurs; pas d'atrophie appréciable; abolition du réflexe patellaire; diminution de la contractilité faradique du nerf et du muscle; intégrité de la sensibilité. Tous ces caractères rendent *probable* l'existence d'une névrite périphérique.

Enfin Trousseau a montré que la fièvre typhoïde pouvait évoquer l'hystérie, et qu'une paraplégie hystérique pouvait apparaître ainsi dans la convalescence de cette affection².

f. *Paraplégie dans le typhus et la fièvre récurrente*. — La paraplégie a, dans la convalescence du typhus et dans la fièvre à rechutes, le même intérêt que dans la fièvre typhoïde, et s'y comporte d'une manière analogue. Nous n'insisterons pas.

g. *Paraplégie dans la pneumonie*. — La paraplégie post-pneumonique est rare, et se prête à peu de considérations particulières.

h. *Paraplégie de l'impaludisme*. — Rappelons ici ce que nous avons déjà dit en traitant de l'hémiplégie. Les accidents nerveux paralytiques de l'impaludisme peuvent se présenter par trois formes différentes:

1° Paralysies survenant avec l'accès, disparaissant avec lui;

1. DÉJERINE-KLUMPKE (Thèse de Paris, 1889, p. 222).

2. Voici le sommaire de la curieuse observation de Trousseau: Une jeune fille d'une douzaine d'années est atteinte d'une fièvre putride grave; dans la convalescence, elle est dans l'impossibilité de marcher... La situation ne s'améliorait pas lorsqu'un jour qu'on avait enfermé l'enfant par mégarde dans sa chambre en retirant la clef, on fut surpris au retour de trouver la porte ouverte et la malade debout ayant marché pour se délivrer elle-même. Les parents crièrent au miracle, mais la paralysie se reproduisit dès le lendemain.

2° Paralysies apparaissant comme conséquence et expression symptomatique d'un accès pernicieux auquel elles survivent plus ou moins longtemps ;

3° Paralysies indépendantes de tout accès, apparaissant chez les paludéens à la période cachectique.

La paraplégie, comme l'hémiplégie, fait partie des accidents paralytiques de ces trois groupes. M. Grasset la signale expressément dans le premier groupe ; et la thèse de M. Landouzy contient un fort bel exemple, emprunté au travail de Vincent (Montpellier, 1878), de paraplégie apparaissant comme conséquence et expression principale d'un accès pernicieux.

La pathogénie de cette paraplégie ne peut prêter encore qu'à des hypothèses. Maillot, Ouradou à qui l'on doit le premier travail d'ensemble sur les paralysies paludiques (1851), MM. Jaccoud, Grasset sont unanimes à attribuer à une congestion — médullaire en l'espèce — les accidents paralytiques passagers de l'accès. L'hypothèse des embolies capillaires pigmentaires de l'axe nerveux a été aussi soulevée, mais combattue en Allemagne par Frerichs et Niemeyer, en France par Charcot.

i. *Paraplégie dans la grippe*. — « C'est plutôt un anéantissement général que des paralysies proprement dites qu'on observe dans la grippe » et cet anéantissement est parfois poussé à tel point que les membres inférieurs s'affaissent, incapables de porter le sujet. La grippe débute quelquefois par un véritable effondrement des jambes. Dans la convalescence on peut observer des paraplégies passagères, mais, en somme, la paraplégie a peu d'importance dans cette infection.

j. *Paraplégie dans le rhumatisme aigu*. — « Rapidité d'apparition, soudaineté de départ ; facilité de transfert et d'alternance, d'augmentation et de diminution », tels sont les caractères des paralysies rhumatismales, dont la forme la plus fréquente est la paraplégie, limitée strictement aux membres inférieurs dans la plupart des cas, intéressant parfois la *vessie* et le *rectum*, et pouvant même se généraliser aux quatre membres.

Trousseau caractérisait les paralysies rhumatismales d'un mot bien significatif, « *apoplexie rhumatismale* » : indiquant à la fois et leur gravité *apparente*, et leur apparition soudaine.

Tantôt la paraplégie précède et annonce le rhumatisme, tantôt elle apparaît au cours même de la polyarthrite. Elle est ordinairement aussi complète que brusque, avec quelques troubles sensitifs (abolition ou diminution de la sensibilité), sans modification de la contractilité électrique. Elle disparaît avec l'attaque rhumatismale ou avant la fin de celle-ci.

k. *Béri-béri*. — Dans cette maladie, inconnue chez nous ou

observée à titre de rareté chez des individus rentrant en France avec la maladie, on observerait initialement, dans l'une des formes cliniques, une *paraplégie atrophique*, analogue à celle de la paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Duchenne : l'évolution de cette forme de béri-béri serait du reste entièrement semblable à l'évolution du syndrome de Duchenne.

MM. Charcot et Marie ont signalé une forme de *paraplégie du béri-béri* analogue de tous points aux paraplégies alcoolique, arsenicale, diabétique, etc.

Le substratum anatomique du béri-béri serait, d'après Bälz et Scheube, une polynévrite de nature infectieuse.

l. *Paraplégie dans la dysentérie*. — Ce n'est pas un fait commun, mais c'est loin aussi d'être une exception clinique. Succédant surtout aux formes graves de la dysentérie, apparaissant quelquefois au cours même de la maladie, mais plus souvent dans la convalescence alors que les troubles intestinaux ont disparu, la paraplégie semble traverser deux phases successives. C'est d'abord une *parésie* avec fourmillements, hyperesthésie cutanée, et quelquefois douleurs irradiées sur le trajet des nerfs ; puis à la parésie succède la paraplégie vraie ; à l'hyperesthésie, aux douleurs, l'anesthésie. Le rectum est souvent frappé de paralysie, et l'on peut voir le début des accidents constitué par l'atteinte de cet organe. La possibilité d'atrophie musculaire a été signalée. La paraplégie dysentérique semble tendre naturellement vers la guérison.

La pathogénie en est encore bien obscure. Graves et Brown-Séquard ont invoqué une action réflexe. Leyden croit à une névrite ascendante. Les quelques rares examens anatomiques publiés jusqu'à ce jour plaident cependant plutôt en faveur d'une myélite. Delieux de Savignac a trouvé un ramollissement des renflements cervical et lombaire : il s'agissait, il est vrai, d'une dysentérie chronique. Damaschino a rapporté un cas de paralysie spinale infantile, c'est-à-dire de poliomyélite antérieure aiguë, dont l'origine était une attaque de dysentérie. Nous reviendrons ailleurs sur l'origine myélitique de cette paraplégie, et nous en montrerons le facteur probable.

De la paraplégie dysentérique se rapprochent cliniquement les paraplégies des affections intestinales.

VIII. PARAPLÉGIES DANS LES AFFECTIONS INTESTINALES. — a. — La paraplégie a été signalée au cours des *entérites* et catarrhes intestinaux, c'est-à-dire d'affections *toxiques ou infectieuses*. D'une manière générale il semble que seules peuvent être suivies de paraplégie celles des diarrhées ou entérites qui ont eu une assez grande intensité.

La thèse de Baudin (1858), le mémoire d'Hervier (de Rive-de-Gier, 1880) renferment quelques exemples de cette catégorie de paraplégies. Graves, Romberg, Leyden ont cité des cas analogues.

b. — Feeberg¹ a rapporté un cas intéressant de *cancer intestinal*, qui déterminait une paraplégie, résultant, comme l'autopsie le révéla, d'une myélite diffuse.

c. — Le fait suivant encore est d'un grand intérêt. Hoffmann² a rapporté l'observation d'un individu atteint d'*ulcérations multiples* du *cæcum* et du *colon*, qui dans les derniers jours de sa vie fut pris de paraplégie avec troubles sensitifs divers, incontinence des urines et des matières fécales, abolition des réflexes, décubitus aigu. Ce cas présenta tous les symptômes d'une myélite aiguë. A l'autopsie cette myélite fut vérifiée : elle siégeait vers la fin de la moelle dorsale.

IX. PARAPLÉGIE DANS LES AFFECTIONS UTÉRINES. — Il s'agit d'une parésie plutôt que d'une paraplégie vraie. Des exemples de cet accident ont été signalés par Nonat, Esnault, Vallin et Peter³ dans le cours d'une *métrite* ou de ce qu'on appelait alors *phlegmon du ligament large*.

Au dire de ces auteurs, « la paraplégie utérine présente quelques caractères spéciaux. La faiblesse, d'ordinaire, n'est pas égale dans les deux membres inférieurs, la sensibilité n'est pas touchée; la rachialgie fait défaut. La station verticale est impossible, et pourtant les malades peuvent imprimer à leurs membres, dans le plan du lit, des mouvements assez étendus » (Landouzy). Ajoutons qu'il s'agit de paraplégies temporaires. Semblables par leurs caractères aux paraplégies dites réflexes de Brown-Séguard que nous allons étudier ci-dessous, ces paraplégies ont été, pathogéniquement comme cliniquement, rangées dans ce groupe d'accidents réflexes.

Nous nous expliquerons sur leur pathogénie probable, d'après l'état actuel de la science, en étudiant le mécanisme intime des paraplégies urinaires.

X. PARAPLÉGIES URINAIRES⁴. — On désigne sous ce nom des « affections parétiques ou paralytiques des membres inférieurs, survenant dans le cours de certaines maladies des voies urinaires, et paraissant devoir être rattachées à celles-ci à titre d'effet consécutif, d'affection deutéropathique » (Charcot).

Il a paru à quelques auteurs (Jaccoud, Vulpian) que ce groupe de paraplégies devait, sinon être rayé, du moins singulièrement diminué,

1. *Berliner klinische Wochens.*, 1871.

2. *Centralblatt für Nerv., Psych.*, etc., 1879.

3. *Gaz. des hôp.*, Pelvi-péritonite et paralysie utérine.

4. Voir CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II.

et l'argument employé dans ce but est le suivant : affection urinaire et paraplégie ne sont souvent que les effets d'une seule et même cause : la myélite. Mais la réalité du groupe repose sur des bases cliniques certaines, et ce n'est pas une raison suffisante pour contester des faits cliniques, que de n'en pouvoir donner une explication pathogénique satisfaisante.

Charcot a très heureusement classé les faits de paraplégie urinaire en trois groupes.

1° Le sujet présente pendant la vie des symptômes de myélite diffuse, et l'autopsie révèle un foyer inflammatoire médullaire.

2° Les symptômes cliniques sont ceux d'une paraparésie plutôt que d'une paraplégie, et leur caractère essentiel est la fugacité avec amendements et exacerbations successifs. L'invasion est souvent rapide et la cessation non moins brusque. Aucun symptôme spinal grave ne s'associe au trouble moteur. L'autopsie ne révèle aucune lésion de la moelle épinière.

3° La paraplégie a pour cause, non plus une affection spinale, mais une lésion du plexus sacré produite pour ainsi dire d'une façon directe, par propagation de proche en proche du travail morbide.

1. — Rare chez la femme, plus commune chez l'homme, cette paraplégie urinaire myélopathique reconnaît pour cause une affection chronique des voies urinaires, telle que rétrécissement urétral avec *cystite* et *néphrite*; prostatite, cystite, pyélo-néphrite. Souvent elle survient à l'occasion d'un épisode aigu, *suppuratif*, d'une affection chronique des voies génito-urinaires. Elle éclate ordinairement à un stade avancé de l'affection causale.

Les symptômes sont ceux d'une myélite transverse subaiguë. « Des fourmillements, des engourdissements, un sentiment de constriction apparaissent d'abord dans les membres inférieurs, et sont bientôt suivis d'une anesthésie ou d'une analgésie, occupant surtout les extrémités des membres; la douleur dorso-lombaire et la douleur en ceinture font rarement défaut; une *paraplégie* avec flaccidité plus ou moins complète ne tarde pas à s'accuser; elle s'accompagne, à un moment donné, de l'exaltation de l'excitabilité réflexe, laquelle peut faire place à une inexcitabilité absolue, lorsque le renflement lombaire est lui-même envahi par le ramollissement; il est des cas où une contracture permanente s'est développée à la longue dans les membres paralysés... Enfin, dans les cas graves, il est assez habituel que des eschares se forment à la région sacrée et décident la terminaison fatale » (Charcot).

Ordinairement subaiguë, la paraplégie peut cependant évoluer sous le mode aigu.

A l'autopsie, un foyer de ramollissement médullaire est le plus

souvent apparent à l'œil nu : il siège ordinairement au-dessus du renflement lombaire.

2. — Nous retrouvons dans ce second groupe la même étiologie : l'affection causale est une maladie de l'urèthre, de la vessie, de la prostate, des reins. Mais les traits cliniques sont différents : ils offrent le type de la *paraplégie réflexe* de Brown-Séguard.

« La paraplégie ne s'étend jamais aux membres supérieurs ; il s'agit d'ailleurs là plutôt d'un *affaiblissement parétique* des membres que d'une *paralysie* proprement dite ; le *pouvoir réflexe* de la moelle n'est *jamais accru* ; jamais la *paralysie* soit du *rectum*, soit de la *vessie*, ne vient s'adjoindre à celle des membres inférieurs ; on n'observe ni *spasmes musculaires*, ni *contractures* ; la *dysesthésie*, comme l'*anesthésie*, font toujours défaut ; il ne se produit ni *eschares*, ni *troubles trophiques* d'aucun genre. On note expressément l'absence de *douleurs dorsales* et de toute espèce de sentiment de constriction abdominale. Enfin, et c'est là un trait bien digne d'être relevé, il se produit souvent une *modification rapide* et parfois même une *cessation complète* des accidents paralytiques, sous l'influence d'un amendement dans l'affection des voies urinaires.

« Dans les cas, d'ailleurs assez peu explicites, où l'autopsie a été pratiquée, la moelle a toujours paru exempte d'altération. A la vérité, quant à présent, le contrôle de l'étude microscopique fait défaut. Mais, d'un autre côté, la rapidité des amendements et même des guérisons observés dans nombre de cas est telle qu'il est fort peu vraisemblable que l'investigation microscopique eût rien ajouté aux examens faits à l'œil nu » (Charcot).

3. — Cette troisième catégorie de faits est simple : inflammation grave des voies urinaires ; névrite descendante des plexus lombaire et sacré ; parésie des membres inférieurs et douleurs vives sur le trajet des sciatiques (Kussmaul, Remak).

Des paraplégies urinaires il faut rapprocher les paraplégies *blennorrhagiques*. Elles ont été étudiées par MM. Hayem et Parmentier¹, Chavier et Février², par M. Dufour³. M. Raymond⁴ leur a consacré quelques pages. Gull avait autrefois rapporté deux faits avec autopsie, et Ricord⁵ citait, en 1866, un cas d'arachnitis spinale purulente. Enfin Charcot⁶ a émis une théorie pathogénique sur laquelle nous aurons à revenir.

1. *Rev. de méd.*, 1888.

2. *Ibid.*, 1888.

3. Thèse de Paris, 1889.

4. *Revue générale (Gaz. des hôpitaux)*, 1891.

5. *Société des hôpitaux*, 1866.

6. *Leçons du mardi*, 1888.

En clinique voici comment les choses se présentent dans les quelques cas rapportés par les auteurs, car il s'agit d'une manifestation rare.

Les accidents spinaux apparaissent toujours dans les blennorrhagies où existent des *arthropathies*. Ils se montrent tantôt à la période d'écoulement purulent, tantôt à la période d'écoulement séreux, tantôt enfin après la cessation de l'écoulement urétral. Le tableau est celui d'une paraplégie *réflexe*, c'est-à-dire essentiellement passagère et curable ; ou celui d'une myélite diffuse aiguë ou subaiguë dorso-lombaire avec fièvre modérée, douleurs en ceinture, fourmillements et soubresauts musculaires dans les membres inférieurs, perte de la motilité, accidents vésicaux et sphinctériens, troubles trophiques même.

Charcot a signalé la forme de *paraplégie spasmodique amyotrophique* : atrophie musculaire des membres inférieurs prononcée surtout aux mollets, réaction de dégénérescence et secousses fibrillaires, teinte violacée des jambes et des pieds avec algidité, phénomènes spasmodiques, aucun trouble sensitif ou sphinctérien.

La guérison est la règle, mais cependant des dix cas rassemblés par M. Dufour, trois ont été mortels. A l'autopsie on a trouvé : la moelle dorso-lombaire entièrement ramollie (Gull) ; une injection méningée avec accumulation de liquide sous-arachnoïdien (Gull) ; un ramollissement étendu de la moelle avec plaque de méningite cervicale (Dufour).

La pathogénie des *paraplégies urinaires* est une des questions les plus intéressantes, et qui est restée jusqu'à ces derniers temps les plus obscures en pathologie médullaire.

Pour les *paraplégies urinaires* du premier groupe où la lésion médullaire est présente, rien de plus simple que de fixer la raison de la paraplégie ; mais encore quel est l'intermédiaire entre la lésion des voies urinaires et le foyer de myélite ?

Leyden avait émis l'idée que « les troncs nerveux seraient la voie par laquelle se propageait de proche en proche la lésion en suivant la direction centripète des reins ou de la vessie jusqu'à la moelle épinière ». Les expériences de Tiesler et de Feeberg sur l'irritation et la cautérisation des sciatiques suivies d'un foyer de myélite, celles de M. Hayem, sur les altérations de la moelle consécutives à l'arrachement du sciatique chez le lapin, semblaient prêter une certaine vraisemblance à l'opinion de Leyden. Mais il faut remarquer que les expériences, par exemple celles de Tiesler, ont souvent créé un foyer purulent, par trauma opératoire septique, au point où le sciatique était intéressé, et que ce foyer avait pour correspondant un autre foyer périmédullaire : la myélite se trouvait donc être le résultat,

non du fait même de l'irritation du sciatique, mais d'une inoculation indirecte de la moelle, ce qu'on ignorait à l'époque des expériences précitées. D'ailleurs la névrite supposée par Leyden dans les paraplégies urinaires a toujours été absente.

La pathogénie des paraplégies urinaires *réflexes* de Brown-Séguard a provoqué de nombreux travaux.

L'allure clinique avait fait écarter par Brown-Séguard toute idée de lésion médullaire, et la théorie réflexe fut proposée par lui. Elle se fonde sur un fait d'expérimentation : « La ligature du hile du rein aurait pour effet de déterminer une sorte de contracture prolongée des vaisseaux de la moelle épinière et de ses enveloppes, et c'est en conséquence de l'anémie spinale, ainsi développée par voie réflexe, que se produirait la paraplégie. » Charcot cite dans ses leçons des expériences de Herzen, et surtout celles de Lewisson¹, qui apportent un certain appui à la théorie de la paraplégie réflexe. « Si, sur un lapin, après avoir mis à nu l'utérus, les reins, la vessie vidée, on presse plus ou moins fortement ces divers organes entre les doigts, il se produit une paralysie du mouvement dans les membres inférieurs, laquelle persiste tant que dure la pression et lui survit pendant quelque temps. La constriction exercée sur une *anse intestinale* détermine d'ailleurs les *mêmes effets* et est également suivie d'une *paraplégie temporaire*. »

Brown-Séguard², en 1872, à la théorie réflexe, ou mieux d'*anémie spinale réflexe*, semble avoir substitué la théorie de l'inhibition : il explique les paraplégies urinaires, intestinales, utérines, etc., en admettant des influences paralysantes parties de ces organes divers et déterminant la *suspension d'action* des cellules de la moelle épinière.

Il nous semble que des expériences récentes ont singulièrement éclairé la pathogénie des *myélites infectieuses* et en particulier la pathogénie des *paraplégies urinaires, intestinales, utérines, réflexes ou non*, c'est-à-dire avec ou sans lésion médullaire apparente.

M. G.-H. Roger a rapporté³ une série d'expériences où, avec des injections intra-veineuses de cultures de streptocoques, il déterminait une *paraplégie atrophique*, et l'autopsie venait montrer une poliomyélite antérieure. M. Vincent⁴ a obtenu une myélite aiguë par l'inoculation du *bacille d'Eberth*, associé à un autre bacille. Mais voici qui serre de plus près la question des paraplégies urinaires. MM. Gilbert et Lion⁵, par des inoculations de coli-bacille dans les veines, ont

1. Dubois' Archiv, 1869.

2. Soc. de biologie.

3. Annales de l'Institut Pasteur, 1892.

4. Arch. de méd. expér., 1893.

5. Soc. de biol., 1891.

provoqué, chez quelques lapins, des paralysies atrophiques commençant par le train de derrière, se généralisant plus ou moins ensuite, et l'autopsie leur a montré une myélite affectant surtout les cellules motrices des cornes antérieures. Or le coli-bacille est l'agent des suppurations des voies urinaires, l'agent des complications septiques intervenant au cours des affections de ces organes.

Nous-même, avec M. Masselin, à une époque où les recherches de MM. Gilbert et Lion ne pouvaient nous être connues, avons, en opérant sur quarante lapins environ par injection intra-veineuse de coli-bacilles, obtenu les résultats suivants, que nous avons résumés dans notre *Précis de microbie* (2^e édition), et qui nous semblent d'un grand intérêt, d'autant que l'examen histologique des moelles a été fait obligeamment par M. Gombault avec sa compétence indiscutable.

Nos lapins, tantôt succombaient en vingt-quatre ou quarante-huit heures avec une résolution générale sur laquelle tranchait encore la paralysie du train postérieur; tantôt survivaient et faisaient à une date quelconque — très rapprochée ou plus ou moins éloignée de l'inoculation — une paraplégie atrophique extrêmement marquée, subaiguë, avec paralysie du rectum et cystite purulente. Les uns succombaient avec ces phénomènes paraplégiques, les autres, en plus petit nombre, résistaient et *guérissaient totalement* sans garder trace d'une paraplégie atrophique qui les avait mis dans l'état le plus pitoyable.

L'autopsie nous a démontré que le coli-bacille était *toujours présent dans la moelle*, et que cet organe constituait pour lui l'*ultimum moriens*, si l'on peut dire ainsi : c'est-à-dire qu'il y en avait encore dans la moelle, trois et quatre mois après l'inoculation, alors qu'il n'y en avait plus dans aucun organe.

M. Gombault, dans ces moelles, a vu tantôt des lésions à *peine marquées*, malgré la paraplégie la plus nette pendant la vie; tantôt des lésions caractérisées par des modifications de cellules des cornes antérieures, de l'hypertrophie des cylindraxes et des thromboses capillaires. Jamais il ne s'est agi de *lésions grossières*, jamais nous n'avons rencontré un foyer de ramollissement visible à l'œil nu, et un examen microscopique fait dans des conditions présentant moins de garanties n'eût pas laissé sans doute que d'être négatif.

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE DES PARAPLÉGIES

Nous avons, dans cette longue revue, étudié successivement les diverses manifestations paraplégiques, telles que nous les présente la