

la matière morte, au produit cadavérique, la clinique abdiquant ainsi devant la dissection! »

Il est bon de protester ainsi contre de telles erreurs, surtout lorsqu'on les voit s'infiltrer parmi nous dans des livres où l'esprit médical est remplacé par des spéculations physiologiques; et je m'associe à la protestation que je viens de vous citer comme à celles qu'ont formulées à ce sujet MM. Lorain et Lépine<sup>1</sup>.

#### PARALYSIE DIPHTHÉRIQUE.

N'est pas une maladie nouvelle. — Forme bénigne. — Symptômes. — Paralyse du voile du palais, des sens, des membres, des muscles de la vie organique. — Mort par suffocation, par étranglement. — Forme grave. — Symptômes ataxo-adyamiques. — Gravité non en rapport avec l'intensité, la durée des affections couenneuses, non en rapport avec l'albuminurie. — Cette paralysie est le fait d'une intoxication. — Traitement.

#### MESSIEURS,

Nous nous sommes arrêtés longtemps dans notre salle Saint-Bernard auprès d'une jeune femme que vous avez trouvée étendue dans un fauteuil, d'où il lui était impossible de se lever. Cette malade, qui occupe le lit n° 9 de cette salle, est atteinte de paralysie depuis plus de trois mois; nous avons vu les accidents se développer graduellement sous nos yeux. Elle nous offre aujourd'hui un remarquable exemple de la paralysie consécutive à la diphthérie, affection qui n'est pas nouvelle sans doute, mais qui n'est bien étudiée que depuis peu de temps et dont je dois aujourd'hui vous entretenir.

Le fait qui m'en fournit l'occasion est assez intéressant pour que je ne craigne pas de vous le rapporter avec quelques détails. La malade, âgée de vingt-huit ans, est entrée dans le service de la Clinique le 6 août 1859; huit jours auparavant, elle avait ressenti du malaise; une violente céphalalgie; elle avait eu de la fièvre, du mal de gorge, des sueurs abondantes; le lendemain elle eut des vomissements et son appétit était perdu.

Une particularité importante à noter, c'est que cette jeune femme avait quitté depuis une quinzaine de jours seulement notre salle, où elle était venue se faire traiter d'un lumbago; à cette époque, elle se trouva placée dans un lit voisin d'une autre malade atteinte de diphthérie et dont l'enfant succombait au croup. C'est probablement d'eux qu'elle contracta la maladie qui la ramenait à l'Hôtel-Dieu.

1. P. Lorain et R. Lépine, *Diphthérie*, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XI, p. 596.

A la visite du matin, le 7 août, nous constatons l'existence d'une angine couenneuse des plus étendues: la luette, les amygdales, entièrement recouvertes de fausses membranes, ne présentaient plus qu'une surface d'un blanc grisâtre. Je cautérisai immédiatement avec l'acide chlorhydrique; je prescrivis des insufflations d'alun qui devaient être répétées plusieurs fois dans le courant des vingt-quatre heures, un julep avec 6 grammes de perchlorure de fer, et une infusion de café noir dans laquelle on ajouta du quinquina en poudre.

Le lendemain, on nous montra une fausse membrane très-épaisse qu'on avait détachée de la gorge; cette concrétion diphthérique avait 2 centimètres et demi de longueur sur 1 de largeur. Sur la surface libre, on voyait des traces de la cautérisation de la veille, et celle par laquelle elle adhérait à la membrane muqueuse était sillonnée de fines arborisations rougeâtres. Dans la cavité buccale nous trouvions les pseudo-membranes mains abondantes, et occupant surtout la luette et les piliers postérieurs du voile du palais. Les ganglions cervicaux, principalement ceux du côté droit, étaient engorgés. En examinant les urines, nous obtenions une quantité considérable d'albumine. On continua le julep avec le perchlorure de fer, dont on éleva la dose à 8 grammes; puis je fis porter dans la gorge une eau fortement chargée de tannin, à l'aide de l'appareil *pulvérisateur* imaginé sur les indications de M. le docteur Sales-Girons pour les inhalations d'eaux médicinales.

Dans la nuit du 8 au 9 août, la malade fut prise d'un accès d'oppression qui força d'aller chercher l'élève de garde; celui-ci retira encore du pharynx une fausse membrane épaisse, cause de cet accident: cependant, à partir de ce moment, les concrétions pseudo-membraneuses devinrent de jour en jour de moins en moins épaisses et de moins en moins étendues. Le 11, après en avoir enlevé une couche très-mince, nous cautérisâmes avec de l'acide chlorhydrique la place que ces fausses membranes occupaient, et le 16 il n'existait plus que quelques petites taches blanches. La diphthérie semblait définitivement arrêtée. On continuait néanmoins d'administrer le perchlorure de fer, à la dose de 10 grammes par jour: ce médicament ne fut suspendu que le 23 août.

Néanmoins les urines, traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, donnaient toujours un précipité considérable d'albumine. Pour en finir tout de suite avec ce qui a trait à ce phénomène, je vous dirai que du 15 août au 12 septembre, il avait présenté de notables variations, le précipité étant tantôt moins, tantôt plus abondant, mais en définitive diminuant progressivement, à ce point que le 12 septembre j'avais fait noter sur la feuille d'observations très-peu d'albumine dans les urines, lorsque vingt-quatre heures après, elle avait reparu en aussi grande proportion que les premiers jours. Cette recrudescence de l'albuminurie coïncida avec le développement d'accidents nerveux particuliers dont je vous par-



lerai, et qui se manifestèrent le lendemain 14. Pendant trois jours le précipité albumineux fut très-abondant; le 17 septembre, les urines n'en présentaient pas trace, mais un léger nuage reparut le 18 : ce fut, il est vrai, d'une façon très-passagère, car le 19 septembre l'albuminurie cessa définitivement.

Cependant dès le 12 août (la maladie datait alors de neuf jours et la luette était entièrement dégagée) on ne trouvait plus de fausse membrane que sur l'amygdale gauche, et il en existait à peine quelques traces sur la droite. Mais il s'était manifesté un phénomène qui attira sérieusement toute notre attention. C'était un timbre nasillard de la voix, indiquant un commencement de paralysie du voile du palais et qui augmenta de jour en jour. Le 15, en essayant les forces de la malade à l'aide du dynamomètre du docteur Burq, nous trouvions que la main droite ne donnait que 27 kilogrammes de pression, la gauche 22. Trois jours après, la paralysie du voile du palais avait encore augmenté, les aliments liquides et les boissons revenait par le nez. Le 20 août, cette jeune femme sa plaignait d'un affaiblissement général, de fourmillement dans les pieds; au dynamomètre elle marquait 23 kilogrammes à droite, 20 à gauche. Le 23, ses mains étaient engourdies, et, comme ses pieds, elles étaient le siège de fourmillements : elle ne marchait plus qu'en trébuchant. Le 25, nous constatons de l'anesthésie. Nous pouvions piquer la malade sans qu'elle s'en aperçût; en appliquant l'esthésimètre sur la face dorsale de son avant-bras gauche, elle ne sentait distinctement les deux pointes de l'instrument qu'alors qu'elles étaient à une distance de 6 centimètres l'une de l'autre. Ses bras étant étendus, les mains étaient agitées d'un tremblement continu. Non-seulement les boissons étaient difficilement avalées, mais les aliments solides eux-mêmes traversaient péniblement l'isthme du gosier; suivant l'expression de la malade, des morceaux restaient *accrochés* à la gorge. Cette *dysphagie* alla encore en augmentant pendant plusieurs jours. Le 31 août de nouveaux accidents se produisirent. Quand cette malheureuse jeune femme respirait, nous entendions dans les inspirations un léger sifflement, analogue à celui qui se produit chez les individus affectés de ce qu'on a appelé l'œdème de la glotte. Depuis la veille elle éprouvait une *dyspnée* considérable et l'on comptait 54 inspirations par minute. A la percussion, à l'auscultation, nous ne trouvions aucun signe d'affection thoracique. Le 2 septembre, la paralysie avait pris les lèvres et la langue. La malade y éprouvait de l'engourdissement, des fourmillements, et elle avait de la peine à articuler les mots. La *difficulté pour parler* augmenta comme la dyspnée; les gencives étaient insensibles, les dents ne sentaient plus les aliments qu'elles broyaient. J'eus alors recours à l'*électrisation*, que je fis appliquer sur les parties antérieure et latérales du cou et au niveau de la région épigastrique, soupçonnant que le diaphragme était en cause dans

cette dyspnée, et que, comme les autres muscles, il était frappé de paralysie. Le cinquième jour de ce traitement, la malade nous disait qu'elle avalait et respirait mieux. Mais elle était loin d'en être quitte avec ses accidents. En effet, le 11 septembre, survinrent des *troubles du côté de la vision*. Sa vue était trouble; elle ne pouvait plus lire, les lettres lui apparaissaient brouillées. L'embarras de la prononciation était encore plus marqué; les mains étaient toujours engourdies, les pieds ne l'étaient plus.

A cette époque, je vous le rappelle, l'albumine, dont la proportion avait diminué dans les urines, reparut en quantité plus considérable; à cette époque aussi, c'est-à-dire vers le 14 septembre, la malade fut prise pendant la visite des accidents nerveux auxquels je faisais tout à l'heure allusion : elle se plaignait d'éprouver depuis le matin des tremblements dans les mains. Nous venions de nous éloigner de son lit, lorsque tout à coup nous la vîmes agitée de mouvements convulsifs violents occupant les deux bras, les paupières et les muscles de l'œil, dont le globe était renversé en haut. Ces *convulsions* durèrent plus d'une heure, l'intelligence restant parfaitement nette; jamais jusque-là cette jeune femme n'avait eu d'attaques de nerfs. Je prescrivis une potion avec : eau de mélisse, 80 grammes; sirop d'éther, 40 grammes; musc, 1 gramme; et le lendemain, nous constatons un grand calme. Dans la nuit du 15 au 16, les accidents convulsifs se manifestèrent de nouveau, occupant cette fois les muscles du visage et ceux de la mâchoire. A la visite, nous notions une dyspnée considérable, et une grande difficulté dans l'articulation des sons; la dysphagie était cependant toujours moindre. La jambe gauche, beaucoup plus faible que la droite, fléchissait sous le poids du corps. Les extrémités supérieures étaient toujours le siège de fourmillements, mais conservaient de la force. Le 22 septembre, la *faiblesse avait pris les deux jambes*, et rendait non-seulement la marche, mais même la station debout impossibles : de plus, les *garde-robes* étaient *très-difficiles*. Cette faiblesse et l'engourdissement qui l'accompagnait présentaient des variations dans leur intensité. Ainsi, tandis que le 22, la malade n'avait aucune conscience de l'existence de ses orteils, le lendemain elle n'éprouvait plus cette sensation désagréable qu'elle accusait la veille. Cette faiblesse des jambes augmentait réellement toutefois; le 26 septembre, la *paraplégie* était complète, il s'y ajoutait en outre du *ténésme vésical*, puis de la difficulté pour uriner, une véritable *paralysie de la vessie*. La dyspnée, la gêne de la déglutition, l'embarras de la parole avaient graduellement diminué, et vous avez vu, messieurs, qu'aujourd'hui cette malade respire, avale et parle facilement. On a continué l'électrisation, que l'on appliqua successivement sur les parties successivement frappées. Depuis le 1<sup>er</sup> octobre l'engourdissement dans les membres a diminué, les forces reviennent graduellement; le 7, la malade a pu se lever seule et s'asseoir à côté de son lit, bien qu'il lui fût encore impossible de marcher. Le 11, elle commençait à faire quelques



pas, en chancelant il est vrai, et, quand elle marchait, elle ne sentait pas le sol sur lequel reposaient ses pieds.

Il était difficile, messieurs, de méconnaître dans ce cas la relation existant entre les accidents paralytiques que nous avons vus se développer sous nos yeux, et la diphthérie dont cette jeune femme était encore atteinte lorsqu'ils se manifestaient. Si les choses s'étaient toujours présentées aussi nettes à l'observation des médecins, il est vraisemblable que la paralysie diphthérique ne serait pas passée inaperçue, car assurément ce n'est pas une affection nouvelle, ainsi qu'on a pu le croire.

Il en a été d'elle, en effet, comme de beaucoup d'autres. L'albuminurie, par exemple, que nous ne connaissons que depuis peu d'années, se rencontre aujourd'hui communément. J'en dirai autant de la leucocythémie : pour celle-ci l'exemple sera plus frappant encore, car elle était tout à fait ignorée jusque dans ces derniers temps, tandis qu'aujourd'hui il n'est pas d'hôpital où l'on n'en ait observé des cas. Ce n'est pas que l'albuminurie et la leucocythémie soient des affections nouvelles, ce n'est même pas qu'elles soient à présent plus communes qu'elles ne l'étaient autrefois; mais c'est que depuis les travaux de Bright sur la première, depuis ceux de MM. Bennett, Virchow, E. Vidal et Magnus Huss sur la seconde, l'éveil a été donné, et qu'on les reconnaît, alors que jadis elles passaient inaperçues. Eh bien! messieurs, il en est de même de la paralysie diphthérique; comme généralement elle ne survient qu'à une époque assez éloignée déjà des manifestations locales caractéristiques de la maladie pelliculaire, on comprend qu'on n'en ait pas toujours saisi l'origine et la cause.

Lorsqu'on consulte les monuments que l'histoire nous a laissés sur le mal égyptique, — et ces monuments sont de date fort ancienne, puisqu'ils remontent jusqu'à Arétée, — on ne trouve, à la vérité, que peu de traces de cette affection consécutive. Quelques-uns mentionnent bien la faiblesse excessive, la débilité profonde que la maladie entraîne après elle, mais il n'est pas question, à proprement parler, de paralysie. Toutefois son existence est catégoriquement signalée par trois auteurs du milieu et de la fin du siècle dernier, Ghisi, Chomel, Samuel Bard, qui tous trois ont parfaitement établi sa corrélation avec la diphthérie.

Le fait que Ghisi a rapporté (1) est l'histoire de son propre fils à peine âgé de huit ans. Il termine ainsi son observation : « Remettant, dit-il, à la patience et à l'habileté de M. Ch. Scotti, docteur en chirurgie, la cure des vastes ulcères qui occupaient les deux tonsilles, une portion du voile du palais et de la luette, je lui confiai également le traitement d'une tumeur grosse et douloureuse qui, à l'instant où l'intérieur de la gorge

1. Martin Ghisi, *Lettere mediche : istoria delle angine epidemiche degl' anni 1747 e 1748*, Cremona, 1749.

était presque guéri, commença à poindre extérieurement et abcéda un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire, sous le muscle mastoïdien. Nous laissâmes à la nature le soin de remédier aux étranges effets de cette maladie, effets qui se remarquaient chez beaucoup de ceux qui étaient déjà rétablis, et qui persévérèrent pendant environ un mois après la guérison de l'angine et de l'abcès, l'enfant continuant à parler du nez, et ses aliments, au lieu de suivre le chemin de l'œsophage, revenant par les narines, principalement ceux qui étaient les moins solides. »

A la même époque, également en 1748, un médecin français, Chomel, observait chez deux malades la paralysie consécutive au mal de gorge gangréneux. Dans un de ces cas, il n'est encore question que de la paralysie du voile du palais que Ghisi avait seule signalée. « Le malade, dit Chomel, n'a commencé à être véritablement hors d'affaire que le quarante-cinquième jour de sa maladie, ayant toujours de la peine à s'exprimer, parlant du nez et ayant la luette traînante. » Mais, dans le second cas, il est question d'autres accidents; indépendamment de la paralysie du voile du palais, « la malade était devenue louche et contrefaite; en reprenant ses forces, elle a repris aussi de jour en jour son état naturel. »

Samuel Bard, qui a écrit la relation de l'épidémie de maux de gorge qui régna en 1771 dans la ville et dans la province de New-York, raconte l'histoire d'une petite fille de deux ans et demi qui guérit d'une angine suffocante et d'une diphthérie cutanée consécutive à une application de véscicatoires, mais qui garda de la paralysie du voile du palais et de la faiblesse des jambes. « Le larynx conservait une sensibilité particulière par rapport aux liquides; de sorte qu'au moment où la petite malade essayait de boire, elle tombait dans un accès de toux, bien qu'elle pût avaler les aliments solides sans difficulté. Ces symptômes mêmes s'évanouirent, à l'exception de la faiblesse et de l'aphonie qui persévérèrent pendant plus longtemps; de sorte qu'au deuxième mois elle pouvait difficilement marcher seule et élever la voix au-dessus du chuchotement. »

Ces faits étaient restés ignorés; Bretonneau lui-même qui, dans son *Traité de la diphthérie*, avait donné la traduction de la lettre de Ghisi et du travail de Samuel Bard, les avait laissés passer sans s'y arrêter. Dans l'épidémie à laquelle il venait d'assister il n'avait point observé d'exemples de paralysie diphthérique, il ne se rappelait pas en avoir jamais rencontré avant l'année 1849. Le premier malade qu'il en vit atteint fut Herpin, de Tours; Bretonneau, auquel il raconta son histoire, la transcrivit textuellement dans un *Mémoire sur les moyens de prévenir le développement et les progrès de la diphthérie*<sup>1</sup>. A partir de ce moment, la paralysie consécutive à la diphthérie fut un fait parfaitement établi pour les médecins de l'école de Tours; mais à Paris il en était à peine question, ou du

1. Bretonneau, *Archives de médecine*, janvier et septembre 1855.



moins, bien que depuis longtemps on eût constaté son existence, on n'avait pas saisi les rapports de cause à effet entre les accidents qu'on observait et la maladie qui les avait produits.

Il y a vingt-huit ans, j'avais été frappé, et d'autres en avaient été frappés comme moi, de voir survenir fréquemment la *paralysie du voile du palais* chez des individus qui avaient eu l'angine diphthérique. Ces malades avaient la voix nasillarde, une très-grande difficulté de la déglutition ; cela aussi bien chez les adultes que chez les enfants. En cherchant à me rendre compte de ce qui se passait dans ces cas, je m'imaginai que cette paralysie dépendait d'une modification particulière imprimée par l'inflammation couenneuse au voile palatin, modification en vertu de laquelle la fibre musculaire qui entre dans sa composition perdait pour un certain temps sa contractilité normale. Ce fut l'explication que nous donnâmes, M. le docteur Lasègue et moi, dans un travail publié sur ce sujet<sup>1</sup>. A la vérité, comme il ne s'agissait ici que de la paralysie du voile du palais, notre explication était jusqu'à un certain point acceptable, car on pouvait comparer ce qui arrivait dans l'angine diphthérique avec ce qui arrive quelquefois dans les angines franchement inflammatoires auxquelles on voit succéder aussi cette paralysie, et d'une façon plus générale, avec ce qui arrive pour tout appareil musculaire, lorsqu'il a été pendant plus ou moins longtemps occupé par une inflammation franche ou rhumatismale. Cependant, bien antérieurement à cette époque, j'avais vu d'autres faits de paralysie diphthérique, soit généralisée, soit partielle, affectant les yeux, la langue, mais je les avais vus sans pouvoir me rendre compte de leur nature, sans avoir saisi la relation entre les troubles de l'innervation et la maladie de laquelle ils dépendaient. Ainsi, en 1833, un remarquable exemple s'était présenté à mon observation, alors que je dirigeais le service même de cette clinique en remplacement de Récamier : ce fait a été recueilli avec soin par le docteur Thirial.

Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans qui entra à l'Hôtel-Dieu le 13 juin. Ses membres, les supérieurs comme les inférieurs, étaient frappés d'une paralysie presque complète ; le bras droit pouvait à peine exécuter quelques légers mouvements d'extension ; les doigts étaient rétractés, fléchis dans la paume de la main, et, quand on voulait essayer de les étendre on provoquait un peu de douleur. La paralysie du membre supérieur gauche était moins étendue et moins complète : la malade faisait exécuter au bras quelques mouvements d'adduction ; de plus, elle pouvait encore faire fléchir l'avant-bras sur le bras et produire quelques faibles mouvements de pronation et de supination. Toutefois les doigts de la main gauche étaient en flexion permanente comme ceux de la main droite. Le membre inférieur droit était totalement privé de

1. *Union médicale*, 9 octobre 1851.

mouvements, et il en était à peu près de même pour le membre inférieur gauche, si ce n'est que la malade pouvait encore le pousser et l'attirer légèrement à elle, grâce à l'action conservée des muscles du bassin.

Il existait une certaine difficulté dans l'émission des urines et des matières fécales.

Malgré la perte presque générale de la motilité des deux côtés du corps, la sensibilité était restée parfaitement intacte dans les membres paralysés. Ces parties étaient un peu plus froides qu'à l'état normal, mais elles sentaient très-bien le contact de la main ainsi que les différences de température.

Les organes des sens, l'intelligence, avaient toute leur intégrité. La parole était libre ; la malade répondait à nos questions avec une justesse et une précision remarquables. Le pouls était normal, l'appétit peu considérable, mais les digestions étaient bonnes.

Cette jeune femme, qui habitait un village du département de la Haute-Marne, d'où elle était venue à Paris pour se faire soigner, nous racontait qu'elle était accouchée le 14 février ; il y avait, par conséquent, quatre mois. Sa couche avait été parfaitement heureuse, mais quinze jours environ après, elle avait été prise d'une angine qualifiée d'angine membraneuse, qui l'avait rendue très-malade et lui avait fait courir de grands dangers. Le médecin du village qui lui donnait ses soins opposa à cette maladie d'abord une saignée du pied, puis 60 sangsues appliquées en plusieurs fois, et il y ajouta plus tard des vésicatoires aux mollets, sans qu'il soit fait mention d'aucun moyen topique. La malade nous dit en outre que la surface des vésicatoires s'était recouverte de fausses membranes, et ce détail, comme le fait observer Thirial, ne laissait aucun doute sur la nature de cette angine et sur son caractère grave et infectant.

Malgré l'insuffisance, j'ajouterai malgré l'absurdité de ce traitement, la malade eut le bonheur de guérir, mais ce ne fut qu'après un temps assez long qu'elle entra en convalescence. Elle nous racontait, en effet, qu'elle n'avait commencé à se lever que vers le 10 avril, c'est-à-dire plus de six semaines après le début de sa diphthérie.

La première fois qu'elle essaya de se tenir debout et de marcher, elle s'aperçut d'un certain embarras dans la jambe droite ; elle ne pouvait se soutenir et faire quelques pas sans le secours d'un bâton. Le médecin, à qui elle se plaignit de ces accidents, y fit peu d'attention, les mettant sur le compte de la faiblesse, suite naturelle d'une aussi longue maladie. Pour le dire ici, il est probable que cette erreur a été autrefois commise par bien d'autres, ce qui expliquerait, jusqu'à un certain point, le silence gardé sur ce sujet. Pour notre femme, quelques jours après s'être plainte de ce qu'elle éprouvait, survinrent des fourmillements incommodes dans la jambe faible, et la difficulté dans les mouvements s'accrut d'une manière notable. Bref, au bout d'une quinzaine de jours, la paralysie du membre inférieur droit était complète, et le bras gauche était pris à son



tour. Après un certain temps, la même sensation de fourmillements se manifesta dans tout le côté gauche du corps; bientôt la motilité alla en s'affaiblissant simultanément dans le membre supérieur et dans le membre inférieur. Vers la fin de mai, la malade cessa de pouvoir se soutenir sur les jambes, même en s'aidant d'un appui, et de ce moment elle fut obligée de garder le lit; au bout d'une quinzaine de jours encore, comme cet état ne changeait pas, sa famille la décida à venir à Paris pour s'y faire traiter; elle entra à l'Hôtel-Dieu dans l'état que je vous ai décrit tout à l'heure.

Assurément, messieurs, c'était là un fait assez nettement caractérisé, et il semble, aujourd'hui, que personne ne dût s'y tromper; cependant, malgré les hypothèses successivement émises par les nombreux médecins qui suivaient la Clinique, tant sur la nature que sur le siège de la maladie, le diagnostic réel nous échappa aussi bien pendant tout le temps que nous eûmes la malade sous nos yeux qu'après sa guérison, qui fut complète deux mois après l'arrivée de cette pauvre jeune femme dans nos salles, trois mois après le début des accidents paralytiques. Je le répète, personne ne saisit la relation existant entre ceux-ci et la diphthérie antécédente.

Pour mon compte, je ne la saisis pas, et je ne la saisis pas davantage pour des faits analogues, que plus tard j'eus occasion de rencontrer.

En 1846, j'étais mandé par M. Vosseur, pour voir l'enfant d'un menuisier habitant le quartier Saint-Jacques, dans l'impasse des Feuillantines. Cette enfant avait une paralysie du voile du palais; mais elle avait en outre du strabisme et une paraplégie complète qui la mettait dans l'impossibilité absolue de marcher. M. Vosseur me racontait que deux mois auparavant, elle avait eu une angine diphthérique des plus graves, qu'on avait combattue par les cautérisations avec le nitrate d'argent, par les préparations mercurielles données à l'intérieur et employées en frictions, par d'autres médications encore.

Deux ans après, en 1848, M. Dewulf m'appelait dans la famille d'un marchand de la rue Saint-Honoré, dont trois enfants étaient atteints de diphthérie pharyngienne qu'ils avaient prise les uns après les autres. M. Dewulf les avait énergiquement traités : le calomel à l'intérieur, les insufflations d'alun sur les parties affectées, avaient été employés pour combattre l'angine, et, dans la convalescence, des toniques avaient été administrés. Les petits malades avaient été guéris de la diphthérie; toutefois l'un, une petite fille de cinq à six ans, que ses grands-parents avaient emmené chez eux, place de l'Estrapade, présentait des accidents pour lesquels, trois semaines après, mon confrère me faisait l'honneur de me demander mon avis. Je constatais une paralysie de la langue, du voile du palais, qui empêchait la déglutition; il y avait du strabisme; de plus un bras et une jambe étaient complètement paralysés. Je crus d'abord à

une hémiplegie dépendant d'une lésion tuberculeuse du cerveau. A quinze jours de là, l'enfant succombait; la paralysie s'était étendue à la totalité du corps.

Ces faits, comme le premier, restaient donc lettre morte pour moi. Je connaissais pourtant l'observation d'Herpin (de Tours), Bretonneau me l'avait racontée, et m'avait dit : C'est une paralysie diphthérique. Chose inouïe! je m'obstinais à ne voir là qu'une coïncidence, et lorsque nous publiâmes en 1851, M. Lasègue et moi, notre travail sur la paralysie du voile du palais, je me tenais pour satisfait de l'explication que je donnais de ces paralysies locales; je ne voyais pas que celles-ci étaient de même nature que les paralysies des membres, de la vue, etc. Ce ne fut que vers 1852 que, éclairé par de nouveaux faits mieux étudiés et mieux interprétés, je compris la paralysie diphthérique telle que Bretonneau la comprenait lui-même. Dès lors, quand l'occasion s'en présenta, j'appelai à mon tour l'attention de mes confrères sur cet important sujet, et dans cette enceinte je vous signalais dès 1855 quelques observations que je vous rappellerai encore aujourd'hui.

En 1852, je voyais rue Caumartin, n° 41, avec mes confrères MM. Beylard, Oliffé et Bigelow, une demoiselle américaine atteinte d'une épouvantable diphthérie qui envahissant le pharynx, les fosses nasales, la face interne des paupières, mit pendant trois semaines la malade entre la vie et la mort. Cette jeune fille guérit; mais dans le cours de sa maladie, elle était tombée dans un état d'adynamie inimaginable. Auparavant, brillante de santé, d'une fraîcheur de teint remarquable, elle était devenue, dès le troisième jour de son angine couenneuse, pâle comme la femme la plus profondément chlorotique, et une bouffissure générale s'ajoutait à la décoloration des téguments. Ignorant à cette époque l'existence de l'albuminurie dans la diphthérie, je négligeai l'examen des urines. Malgré la gravité de ces phénomènes, je le répète, la malade guérit, c'est-à-dire que les affections pseudo-membraneuses cédèrent et disparurent complètement; mais bientôt nous eûmes à lutter contre d'autres troubles morbides des plus sérieux. Ce fut d'abord une paralysie du voile du palais et du pharynx qui empêchait presque absolument l'acte de la déglutition : dès que cette jeune fille essayait de prendre quoi que ce fût de liquide, tout de suite elle le rejetait par le nez. Il fallut pendant un certain temps ne lui donner que des aliments épais, la nourrir de chocolat à l'eau très-cuit, de bouillie; encore était-on obligé de lui boucher le nez, de telle sorte que la colonne d'air contenue dans les fosses nasales opposant un spectacle au retour des substances alimentaires, fit l'office du voile du palais. Ce stratagème nous réussit.

A cette paralysie du voile du palais, qui était caractérisée aussi par la voix nasillarde, vint s'ajouter une paralysie de l'appareil de la vision. La malade devint amblyopique, puis complètement amaurotique. Les bras



se prirent, et la perte du mouvement se compliqua de la perte de la sensibilité; les extrémités inférieures à leur tour furent frappées de paralysie. Six semaines après la guérison de l'affection couenneuse, la paralysie était si générale, que cette pauvre jeune fille était condamnée à rester au lit sans pouvoir en bouger. Il fallut quatre mois pour qu'elle en pût sortir, et marcher dans sa chambre, soutenue par deux personnes; pour qu'elle pût manger seule et porter sa cuiller à sa bouche. La guérison ne fut complète qu'au bout d'un an. Aujourd'hui la santé est parfaite.

J'avais raconté ce fait à M. Blache, ainsi qu'à plusieurs de mes collègues dans les hôpitaux; il réveilla leurs souvenirs, et leur remit en mémoire un certain nombre d'autres cas qu'ils avaient laissés jusque-là passer inaperçus. A quelques temps de là, M. Faure m'appela auprès d'un enfant de sa clientèle. C'était une petite fille de quatre à cinq ans, convalescente d'une affection diphthérique. Elle avait une paralysie généralisée, tout à fait analogue à celle de ma jeune Américaine, avec cette différence qu'il existait une sorte d'*alternance* dans les accidents, les symptômes de la paralysie se manifestant tantôt dans un bras, tantôt dans une jambe. En même temps qu'il me demandait mon avis, M. Faure publiait cette intéressante observation dans *l'Union médicale*. Ce fait remonte à environ cinq ou six ans. La maladie guérit assez rapidement.

En 1858, j'étais mandé en consultation, chez un agent de change, par M. Arnal qui me racontait que son malade, après avoir été atteint d'une paralysie du voile du palais, avait eu un affaiblissement notable de la vue, puis de la paraplégie, de la paralysie des membres supérieurs; les muscles du cou qui s'étaient pris aussi étaient devenus impuissants à soutenir la tête dans sa position naturelle; enfin il y avait de l'anaphrodisie. En entendant le malade me donner les renseignements que je lui demandais, je remarquai sa voix nasillarde, et l'ensemble des symptômes paralytiques que j'observais me donna tout de suite à penser que ces accidents étaient sous la dépendance d'une diphthérie antécédente, ce qui était vrai.

Maintenant que, depuis la publication dans les *Archives* du mémoire de Bretonneau, elle est pour ainsi dire à l'ordre du jour, la paralysie diphthérique a été signalée dans plusieurs thèses de la Faculté: notamment dans celle de M. Pératé en 1858; et en 1859 M. Péry lui a consacré spécialement sa dissertation inaugurale. Toutefois le travail le plus étendu qui ait encore paru sur la matière est celui que M. le docteur Maingault a présenté à la Société de médecine des hôpitaux. L'auteur, se mettant à la recherche des faits relatifs à cette affection, est parvenu à en réunir plus de cinquante exemples, dont six ont été vus par lui, et cet ensemble d'observations a servi de base à son mémoire<sup>1</sup>.

1. Maingault, *De la paralysie diphthérique, recherches cliniques sur les causes, la nature et le traitement de cette affection*, Paris, 1860.

Depuis quelques temps ces faits semblent se multiplier considérablement dans les hôpitaux, surtout dans les hôpitaux d'enfants, comme en ville, comme en différents points de la France. Des rapports sur les épidémies d'angine couenneuse qui ont régné dans les départements signalent en effet l'existence de cette affection. Je vous ai montré dans nos salles, depuis quelques mois, plusieurs malades qui en étaient atteints, et M. E. Moynier en a relaté un certain nombre d'exemples<sup>1</sup>.

Cette abondance de faits qu'on observe aujourd'hui dépend sans doute de ce que, l'attention étant vivement sollicitée sur eux, personne ne les laisse plus passer inaperçus; mais aussi ces faits sont en réalité depuis un certain temps plus communs: cela tient probablement à ce que, depuis plusieurs années, la diphthérie a pris cette physionomie particulière qu'elle n'avait pas auparavant et qui caractérise la forme toxique. Toujours est-il qu'il n'est pas à présent un médecin qui n'ait entendu parler de la paralysie diphthérique. Je veux essayer de vous en esquisser les principaux traits.

La paralysie diphthérique se présente sous deux formes distinctes: une *grave*, mais fort rare, grâce à Dieu, dans laquelle les individus succombent au milieu d'accidents adynamiques ou ataxiques; l'*autre bénigne*, se terminant généralement par la guérison, ou si quelquefois la mort arrive, elle est le fait d'un accident dérivant, il est vrai, de la paralysie, mais se produisant, si je puis ainsi dire, d'une façon mécanique, le malade, par exemple, mourant étranglé par le bol alimentaire engagé dans les bronches, ainsi que mon collègue et ami M. Tardieu en a cité dernièrement un cas.

Dans la forme bénigne, la paralysie diphthérique prend les caractères que je vais vous indiquer.

Quelquefois, vers la fin d'une angine couenneuse, dont le malade n'est pas encore guéri, — c'est ce qui est arrivé chez notre femme du n° 9 de la salle Saint-Bernard, — le plus souvent, disons-le, après la disparition des fausses membranes, huit, douze, quinze jours et même un mois après la guérison apparente d'une diphthérie pharyngienne, survient une *paralysie du voile du palais*. Elle se manifeste par la voix nasillarde, ce que l'on serait tenté d'attribuer à une destruction, ou tout au moins à un gonflement considérable du voile palatin; la parole est lente, l'articulation des sons difficile. En même temps existe de la gêne de la déglutition: en partie rejetées par le nez, les boissons sont toujours beaucoup plus difficilement avalées que les aliments solides; mais lorsque la paralysie affecte non-seulement le voile du palais, mais encore les muscles du pharynx, la gêne de la déglutition devient aussi plus considérable, et

1. *Compte rendu* publié par la *Gazette des hôpitaux* (numéros des 15, 22 novembre et 1<sup>er</sup> décembre 1859).