

Au milieu de ces troubles, l'irritabilité musculaire reste communément intacte. Il en est de même de la sensibilité générale; ce n'est, en effet, que très-exceptionnellement qu'on a noté des points anesthésiés, parfois hyperesthésiés. Dans la première période de l'affection, souvent même loin du début, et lorsque les troubles musculaires sont étendus et considérables, on voit les individus jouir de la plénitude des facultés intellectuelles, cependant tôt ou tard celles-ci déclinent.

La paralysie agitante a une marche continue et progressive; elle peut bien présenter des temps d'arrêt et même quelques courtes rémissions, mais tôt ou tard l'affection reprend sa marche envahissante; les facultés intellectuelles deviennent toujours plus obtuses. Le malade, habituellement somnolent, reste assis, le menton souvent collé à son sternum. Bientôt la nutrition languit, les malades maigrissent; les digestions, longtemps intactes, s'altèrent; il y a de la diarrhée, les selles et les urines s'échappent involontairement; des eschares se développent fréquemment sur le sacrum et les trochanters; enfin, quelques-uns finissent violemment, au milieu d'accès convulsifs, le plus souvent par une complication.

La durée de la paralysie agitante varie beaucoup, on ne peut rien dire de précis à cet égard; c'est une affection à longue échéance. J'observe un malade chez lequel le début remonte à 1848; il n'est pas rare de voir cette maladie se prolonger au delà de vingt-huit ou trente ans.

Anatomie pathologique. — Dans le tremblement sénile, dans le tremblement nerveux simple, comme dans les tremblements par cause toxique, il n'existe aucune lésion appréciable dans les centres nerveux; il en est de même, parfois aussi, dans la forme grave du tremblement dite *paralysie agitante*. Canstatt a cité des faits dans lesquels l'autopsie n'a donné que des résultats négatifs (1); cependant d'autres observateurs, notamment Parkinson, Oppolzer, Lebert, ont noté chez quelques sujets, morts dans le cours d'une paralysie agitante, des lésions dans les centres nerveux, variables quant à leur nature, mais ayant un siège constant dans la protubérance et dans la moelle allongée. Ces parties ont été trouvées parfois ramollies; ailleurs les éléments nerveux avaient subi la dégénérescence graisseuse, plus souvent elles étaient indurées: cet état de sclérose dépendait de l'hypertrophie du tissu conjonctif. Parkinson aurait trouvé une altération analogue dans les nerfs de la langue et du bras, qui étaient devenus comme tendineux.

D'après ces faits encore peu nombreux, il faudrait conclure, avec MM. Charcot et Vulpian, que la cause organique du tremblement réside dans certains points, aujourd'hui encore indéterminés, du bulbe rachidien, et surtout de la protubérance annulaire. On pourrait expliquer, par l'extension de la lésion au delà de ses foyers primitifs, l'apparition successive de quelques-uns des symptômes que nous avons notés. C'est ainsi que la diffusion de l'affection dans la protubérance explique bien la tendance à la propulsion. L'envahissement des parties du bulbe les plus voisines du quatrième ventricule et des corps olivaires, celui des grands faisceaux conducteurs qui traversent l'isthme de l'encéphale, auront pour conséquence: le premier, des convulsions épileptiformes; les seconds, des contractures ou de la paralysie, qui en effet ont été plusieurs fois observées. Enfin, l'extension du travail morbide aux hémisphères cérébraux se révélera par la perturbation ou par l'affaiblissement des facultés intellectuelles. Si ces faits se confirment; si le tremblement, dans sa forme grave, avait une

(1) *Specielle Pathologie und Therapie*, Bd II, 1855.

lésion constante; s'il était établi que cette lésion est primitive, il est évident que la maladie ne devrait plus figurer dans la classe où nous l'avons mise, encore peut-être provisoirement.

Diagnostic. — Le tremblement sera aisément distingué de la chorée: car, dans celle-ci, ce sont des soubresauts, des secousses, des mouvements brusques, multiformes; tandis que, dans le tremblement, les mouvements se rapprochent davantage de ceux qui sont volontaires. Ils s'exécutent, dit J. Frank, avec une sorte d'égalité, tantôt en haut, tantôt en bas, tantôt sur l'un et sur l'autre côté.

Le problème difficile à résoudre est de distinguer de bonne heure l'espèce de tremblement: on y parvient souvent par l'étude des causes. C'est ainsi que se caractérisent surtout les tremblements mercuriels ou alcooliques; d'ailleurs, comme ils sont susceptibles de s'atténuer beaucoup et même de guérir, on a des éléments suffisants pour les différencier de la *paralysie agitante*, qui est essentiellement progressive. Mais au début, comment reconnaître celle-ci d'avec le tremblement sénile ou d'avec les tremblements toxiques, lorsque les malades dissimulent la cause qui les a provoqués? On ne peut avoir que des présomptions. Mais les doutes cessent dès que l'on constate la marche progressive de l'affection et qu'on voit apparaître quelques-uns des signes qui manquent dans les autres espèces de tremblement: telle est cette tendance si remarquable à la propulsion dont nous avons déjà parlé.

Pronostic. — Le tremblement simple ou nerveux ne compromet jamais la vie par lui-même, mais il constitue en général une infirmité rebelle et souvent incurable. Survenant chez une personne bien portante, et limité à un ou deux membres, il indique quelquefois une paralysie commençante. Toutes choses égales d'ailleurs, celui qui est récent est moins fâcheux que celui qui remonte déjà à une époque éloignée; celui qui est borné est moins rebelle que celui qui est général; celui qui est intermittent se guérit plus facilement que celui qui est continu. Le tremblement qui se présente avec les caractères indiqués plus haut, dans la forme dite *paralysie agitante*, est le plus grave, car la vie est le plus souvent beaucoup abrégée par lui, et il est resté jusqu'à ce jour réfractaire à toute médication. Dans le pronostic à porter, on aura aussi égard à l'âge des sujets et aux causes qui ont produit la maladie.

Étiologie. — Le tremblement survient quelquefois à la suite d'une vive émotion de l'âme, de l'impression du froid, d'un ébranlement produit par une contusion du rachis; il est souvent l'effet de causes qui surexcitent et qui affaiblissent le système nerveux, comme les abus vénériens et surtout l'onanisme, l'usage immodéré du thé, du café, et surtout des liqueurs fermentées; l'opium pris à haute dose et d'une manière continue agit de la même façon. Le tremblement, ainsi que nous l'avons vu déjà, affecte fréquemment les individus exposés aux émanations mercurielles. Enfin il est le plus souvent un effet de l'âge; il peut se montrer alors à une époque plus ou moins avancée de la vie; il est, en effet, des personnes qui en sont affectées de très-bonne heure. On ne sait rien de précis sur les causes qui peuvent provoquer le développement de la paralysie agitante.

Traitement. — Il faut avant tout se hâter de soustraire les malades aux causes qui ont produit le tremblement, puis on recherchera s'il existe quelque indication prédominante. Il a suffi, dit-on, de pratiquer une large saignée à un malade pléthorique, pour voir cesser aussitôt un tremblement violent survenu presque toujours alors sans cause appréciable. Lorsque le tremblement succède à une contusion du rachis, on appliquera sur cette partie des ventouses scarifiées, puis des révulsifs énergiques. Ces derniers, auxquels on as-

sociera les bains sulfureux et les bains de vapeur, ainsi que les antispasmodiques, conviendraient encore dans les autres espèces de tremblement; enfin, dans les cas rebelles, on pourrait essayer l'usage de l'électricité et de la strychnine. (Voyez en outre plus haut, page 48, l'histoire du tremblement métallique.)

DE LA PARALYSIE ESSENTIELLE

On entend par *paralysie* la perte absolue ou une diminution notable du sentiment ou du mouvement par suite d'une lésion matérielle ou d'un trouble dynamique du système nerveux central ou périphérique.

La paralysie peut être complète ou incomplète, générale ou partielle. Si elle occupe une moitié du corps, on lui donne le nom d'*hémiplegie*, et celui de *paraplégie* lorsque les extrémités inférieures sont simultanément affectées; enfin la paralysie est dite *croisée* ou *alterne*, lorsqu'elle affecte un membre supérieur et un membre inférieur de côtés opposés, ou bien lorsque dans une hémiplegie la paralysie faciale a lieu du côté opposé à la paralysie des membres.

J'ai dit que dans la paralysie il y avait perte du mouvement. Cependant les muscles qui ne répondent plus à leurs excitants naturels, que la volonté est impuissante à animer, sont néanmoins irritables, et se contractent souvent sous l'influence de l'excitation électrique. Marshall-Hall avait voulu faire de ce caractère un signe distinctif pour reconnaître si le siège de la paralysie était dans la moelle ou dans le cerveau. Suivant cet éminent observateur, la contractilité électro-musculaire serait abolie ou diminuée dans le premier cas, elle serait augmentée dans le second. M. Duchenne, qui a étudié avec une rare sagacité toutes les applications qu'on peut faire des courants électriques au diagnostic et au traitement des maladies de l'axe cérébro-spinal, a modifié la proposition de Marshall-Hall. Il a reconnu comme lui que dans les paralysies par lésion grave de la moelle il y avait toujours diminution ou abolition, soit de la sensibilité, soit de la contractilité électro-musculaire, mais qu'il en était de même dans les paralysies saturnines. La contractilité électro-musculaire, par contre, est intacte non-seulement dans les paralysies symptomatiques de lésions cérébrales, mais encore dans les paralysies hystériques et rhumatismales, de sorte qu'en définitive ce signe a moins d'importance qu'on ne l'avait d'abord supposé.

Il est à remarquer que dans les paralysies musculaires les plus complètes, même lorsqu'elles sont symptomatiques des lésions les plus profondes, lorsque la volonté est impuissante pour exciter une contraction, on peut, en chatouillant la peau du membre paralysé ou en l'excitant d'une manière quelconque, réveiller par action réflexe de la moelle des mouvements que la volonté du malade est impuissante à maîtriser.

La paralysie qui occupe un membre atteint le plus souvent tous les muscles indistinctement; quelquefois cependant l'affection ne porte que sur les muscles destinés à un seul ordre de mouvements: c'est ce que nous avons noté, par exemple, pour les paralysies saturnines, dans lesquelles les extenseurs du poignet et des doigts sont spécialement et même exclusivement affectés. La paralysie du sentiment, lorsqu'elle existe seule sans lésion de la motilité, ce qui d'ailleurs est fort rare, occupe aussi une étendue plus ou moins considérable de la peau; quelquefois elle est disséminée, c'est-à-dire qu'on découvre alors de distance en distance des portions plus ou moins étendues de tégument où la sensibilité est diminuée ou abolie. Elle peut affecter également les mem-

branes muqueuses accessibles à nos moyens d'investigation. Lorsque celles-ci sont douées de sensibilité spéciale, comme le sont la pituitaire et la muqueuse qui recouvre la langue, on voit la paralysie atteindre isolément ou simultanément la sensibilité spéciale et la sensibilité tactile. Quant à celle-ci, il y a une distinction importante à faire. Il est des malades, en effet, qui, piqués ou déchirés, ne sentent ni la douleur ni le contact des instruments: cet état caractérise l'*anesthésie*; mais il en est d'autres qui, tout à fait insensibles à la douleur, sentent néanmoins le contact du corps avec lequel on les blesse. Cette paralysie du sentiment de la douleur, fort bien décrite par M. Beau et par M. Delacour (1), a reçu le nom d'*analgsie*.

Il y a aussi une paralysie du sentiment plus spéciale encore en quelque sorte que la précédente, c'est celle qui a été successivement et plus ou moins clairement indiquée par Ch. Bell sous le nom de *paralysie du sens musculaire*; par M. Duchenne, sous celui de *paralysie de la sensibilité musculaire*; par M. Landry surtout, sous le titre de *paralysie du sentiment de l'activité musculaire*. Avant les travaux de M. Landry, le sens musculaire était déjà sinon bien connu, du moins suffisamment signalé; toutefois on ne saurait contester à ce médecin distingué le mérite d'avoir décrit une des formes les plus curieuses de la paralysie du sentiment (2).

Dans cette espèce de paralysie, les muscles peuvent se contracter avec force et n'avoir rien perdu de leur énergie. Cependant, si les malades marchent en fermant les yeux, ils heurtent les obstacles, ils tombent, ou bien ils restent immobiles; ils laisseront de même tomber les corps qu'ils tiennent dans leurs mains, s'ils sont dans l'obscurité ou s'ils cessent de les regarder, parce que, en effet, chez eux les muscles ont perdu cette sensibilité spéciale qui fait qu'ils se contractent plus ou moins suivant le degré de résistance qu'ils ont à vaincre. Nous rencontrerons surtout cette espèce de paralysie dans l'hystérie; on la voit encore dans certaines paralysies rhumatismales, ainsi que dans l'ataxie musculaire progressive; par conséquent, elle n'a aucune valeur diagnostique ou pronostique qui soit absolue.

Le phénomène dont je viens de parler semble encore différent de celui qui a été étudié par M. Duchenne sous le titre de *paralysie de la conscience musculaire*. Il est des individus chez lesquels une contraction musculaire ne peut se faire que lorsqu'ils regardent; si ces individus étaient amaurotiques, ils paraîtraient être vraiment paralytiques. Lorsque, bandant les yeux à ces personnes, on leur dit de remuer le pied ou la main, ils restent immobiles; mais si on leur permet de voir et s'ils s'aperçoivent qu'ils n'ont pas obéi au commandement, ils le font à l'instant, comme si la contraction musculaire était sous la dépendance du sens de la vue. Il faut reconnaître que la *conscience musculaire*, qui, ainsi que le dit M. Duchenne, semble précéder et déterminer la contraction, diffère du *sens musculaire* de Bell, de la *sensation d'activité musculaire* de Gerdy et de M. Landry, qui consisterait dans la sensation qu'a le muscle de sa contraction, ce qui lui permet de la proportionner au poids et à la résistance des corps.

La paralysie est, dans l'immense majorité des cas, une affection symptomatique d'une altération matérielle survenue dans les centres nerveux. Chomel a dit avec raison que la paralysie du mouvement et du sentiment était, de tous les désordres cérébraux, celui qui avait le plus de valeur dans le diagnostic des

(1) Archives de médecine, 4^e série, t. XVI, p. 5, et Thèse de Paris, année 1850, n^o 7.

(2) Archives générales de médecine, année 1852.

affections du cerveau et de ses annexes. Ainsi l'hémiplégie est un signe à peu près pathognomonique d'une lésion quelconque de l'hémisphère cérébral opposé, comme la paraplégie révèle généralement l'existence d'une maladie de la moelle épinière. On rencontre pourtant des cas où des paralysies permanentes et plus ou moins étendues ne se rattachent à aucune lésion matérielle appréciable, ni des centres nerveux, ni des cordons qui en émanent. Ce sont là des faits caractérisant la paralysie *idiopathique* ou *essentielle*, la seule dont il doive être question ici, renvoyant, pour ce qui concerne la paralysie symptomatique, quant à ses causes, à sa marche, aux accidents qui l'accompagnent et à sa valeur diagnostique, aux articles où nous avons traité des phlegmasies, des hémorrhagies, du ramollissement et des productions accidentelles des centres nerveux. Disons toutefois que le nombre des paralysies essentielles tend tous les jours à diminuer par suite des progrès de l'anatomie pathologique. Aujourd'hui le système nerveux est exploré avec plus de rigueur qu'autrefois, le microscope permettant de découvrir des lésions considérables que l'œil nu avait été impuissant jusqu'à présent à faire reconnaître.

La paralysie idiopathique est une véritable névrose, puisqu'elle n'a pas de caractère anatomique appréciable, ni dans les centres, ni dans les cordons nerveux, et que les troubles fonctionnels constituent pour ainsi dire toute la maladie.

Caractères des paralysies essentielles. — Les paralysies essentielles peuvent être assez générales; le plus souvent elles se présentent sous la forme de la paraplégie, presque jamais sous celle de l'hémiplégie. L'hémiplégie essentielle, même lorsqu'elle est d'origine hystérique, est en effet extrêmement rare, tandis que la paraplégie existe assez fréquemment sans trouver son explication dans une lésion matérielle appréciable de la moelle. Le plus souvent les paralysies essentielles sont plus circonscrites : elles le sont à un organe, comme la vessie, à un membre, et surtout à l'avant-bras ou aux muscles qui sont animés par un nerf : c'est ce qu'on remarque spécialement à la face.

Ces paralysies se forment quelquefois progressivement, souvent elles sont rapides, brusques dans leur invasion. Elles peuvent persister pendant un temps plus ou moins long en présentant parfois des alternatives en bien et en mal qu'on n'observe pas dans les paralysies symptomatiques. Parfois incurables, elles entraînent à leur suite l'atrophie simple ou graisseuse des muscles, et si c'est chez un enfant, on observe alors un arrêt dans le développement des os et diverses déformations consécutives des membres et du rachis. Combien de pieds bots, de difformités des membres et de gibbosités qui sont la conséquence de ces paralysies ! Le plus souvent pourtant la maladie, après une durée variable, décroît et cesse sans laisser de difformité appréciable; parfois la paralysie disparaît très-rapidement; mais alors elle peut se reproduire de même, changer de place, alterner avec d'autres accidents nerveux : c'est ce qu'on remarque dans les cas où la paralysie est une des expressions de l'état hystérique.

Causes. — Les causes des paralysies essentielles sont généralement fort obscures : il n'y aurait, d'ailleurs, nul intérêt à présenter ici des généralités sur ce point; car, dans les articles spéciaux que je vais consacrer aux principales espèces, j'indiquerai ce que nous savons de plus certain sur les causes qui prédisposent à ces maladies ou qui les provoquent. Cependant je dois ici faire connaître très-sommairement de quelle manière ces paralysies se développent, étudier en un mot le mécanisme de leur production.

Un grand nombre de paralysies essentielles ont leur principe et leur siège dans les centres nerveux; il en est d'autres qui sont périphériques, la cause pouvant agir exclusivement alors sur un cordon nerveux et même sur des filets

et y rester circonscrites sans qu'il y ait participation aucune de l'axe cérébro-spinal : c'est ce que nous verrons pour maintes paralysies rhumatismales. On a même prétendu que les paralysies saturnines, qui sont si remarquables par leur localisation dans les muscles extenseurs des mains, dépendaient d'une action locale topique du plomb absorbé pendant les manipulations, sans que les centres nerveux fussent impressionnés par l'intoxication. Opinion étrange : comme si les faits n'avaient pas prouvé surabondamment que ces paralysies pouvaient naître indifféremment, quel que soit le mode de pénétration du plomb dans l'économie.

Ailleurs la cause qui produit la paralysie a bien agi sur la périphérie d'un nerf; cependant celui-ci n'a été en quelque sorte que la voie de transmission de la cause morbide, car la paralysie siège souvent dans un point peu éloigné. Ce sont ces paralysies décrites depuis longtemps sous le titre de *sympathiques*, et auxquelles on a donné aussi le nom de paralysies *réflexes* ou par récurrence. Ces paralysies sont communes dans les membres inférieurs, et le plus souvent elles ont pour cause quelque altération viscérale (reins, vessie, utérus, tube digestif). L'impression sur la moelle s'opère donc au moyen du grand sympathique, dont on connaît les nombreuses communications avec le cordon rachidien.

Suivant quel mécanisme la paralysie survient-elle alors? On a donné plusieurs explications, mais elles n'ont rien de bien rigoureux. Dire, par exemple, avec Stanley, que la paralysie des extrémités inférieures qui survient dans les maladies de vessie ou des reins résulte d'une *irritation* qui des parties malades se propagerait à la moelle par l'intermédiaire des nerfs, et aurait pour effet de diminuer ou d'abolir la sensibilité et la puissance motrice, ce n'est guère avancer la question. Disons-nous avec Romberg que la moelle cesse d'exciter les muscles, que son action s'affaiblit nécessairement lorsque, par suite d'une affection viscérale quelconque, le cordon rachidien ne reçoit plus suffisamment par les cordons nerveux si nombreux qui y aboutissent l'excitation qui serait nécessaire pour l'accomplissement régulier de ses fonctions? Ce serait faire une double hypothèse, qui aurait, il est vrai, quelque chose de séduisant, mais qu'on ne peut accepter que comme une vue de l'esprit et nullement comme étant l'expression rigoureuse des faits.

Traitement. — Du moment qu'il est reconnu que la paralysie n'est point l'expression d'une lésion organique; lorsque, d'ailleurs, il n'existe aucun état aigu, la principale indication à remplir consiste à exciter l'innervation par des substances qui agissent sur les centres nerveux et par des moyens qui exercent surtout une action sur la périphérie. Parmi les premiers figurent en première ligne les préparations de strychnine, en commençant par de faibles doses, comme un demi-centigramme, et en augmentant peu à peu jusqu'à ce qu'on produise quelques secousses et quelque tiraillement dans les muscles paralysés. Lorsque ces phénomènes se déclarent, on cessera non-seulement d'élever les doses, mais on devra donner un repos de quelques jours, car il ne faut pas oublier que l'économie ne s'habitue pas aux préparations strychnées, et que lorsqu'on reprend leur usage après une courte suspension, on doit donner des doses encore plus faibles que la première fois, en raison de la susceptibilité plus grande que l'économie acquiert lorsqu'elle a subi une première impression du médicament.

Les moyens capables de ranimer l'innervation périphérique sont les frictions sèches et stimulantes, les rubéfiants, le massage, les bains et douches d'eaux salines ou sulfureuses, les douches froides, les bains de mer et l'électricité.

Il y a enfin des indications tirées de l'état constitutionnel des sujets. Lorsque les malades sont anémiés, affaiblis, il faut réparer leurs forces à l'aide des amers, des ferrugineux, d'un régime analeptique, et en les plaçant dans les meilleures conditions hygiéniques.

Après ces courtes généralités, nous devons étudier quelques-unes des formes les plus remarquables des paralysies essentielles sous le double rapport des causes qui les produisent et du siège qu'elles occupent.

1° Des paralysies rhumatismales.

Sous l'influence de la diathèse rhumatismale, après l'impression brusque ou continue d'un froid humide, on voit se développer des paralysies diverses et plus ou moins étendues : les unes, localisées à un nerf et même à un filet, n'atteignent qu'un ou plusieurs muscles ; d'autres sont étendues à un membre, à deux même, et presque toujours alors aux deux membres inférieurs. J'ai vu de ces paraplégies chez des personnes qui avaient couché accidentellement dans un lieu très-humide, ou qui avaient été mouillées pendant que le corps était en sueur. On a observé le même accident chez des individus se livrant avec ardeur à la pêche ou à la chasse au marais. Non-seulement l'influence rhumatismale dans ces cas semble prouvée par la nature de la cause, mais on a vu, en outre, le même accident survenir dans le cours d'un rhumatisme et être manifestement lié à la même diathèse. C'est ainsi qu'en 1836, j'ai vu chez une jeune fille atteinte d'un rhumatisme très-mobile une paraplégie se déclarer promptement, et se dissiper quelques jours après, sans que rien ait pu nous faire penser alors que l'hystérie y eût la moindre part. J'ai observé, en 1857, une autre paraplégie aussi complète que possible, accompagnée de rétention d'urine, survenue chez un homme athlétique, pour avoir couché pendant quelques semaines dans un lieu très-humide, et qui fut remplacée par un rhumatisme subaigu musculaire et articulaire ; après quelques mois, la santé et la vigueur sont revenues à leur état primitif et ne se sont plus démenties.

Sous le rapport symptomatique, ces paralysies n'offrent rien de spécial à noter, et ce n'est que par les causes qui les ont produites, par leur début et par leur marche, qu'on peut soupçonner leur nature. M. le docteur Duchenne dit que toutes les paralysies d'origine rhumatismale, excepté pourtant celle de la septième paire, ont pour caractère commun que les muscles paralysés ont conservé l'intégrité de leur contractilité électrique : c'est là un fait important à signaler, surtout dans le cas de paraplégie, puisque nous avons dit plus haut que dans les paralysies des deux membres inférieurs par la lésion de la moelle, la contractilité électro-musculaire était toujours affaiblie ou éteinte. Ajoutons qu'il n'est pas rare de voir ces paralysies être précédées ou accompagnées de douleurs musculaires ; mais ceci n'a rien de caractéristique, puisque le même phénomène se remarque dans beaucoup de ramollissements. Il est donc rationnel de supposer que dans les paralysies d'origine rhumatismale il n'existe aucune lésion organique appréciable ; cependant les recherches anatomiques font, à cet égard, complètement défaut, car la plupart des malades guérissent, et ceux qui restent impotents, infirmes, vivent encore de longues années ; ils succombent le plus communément à des maladies diverses, et si à l'autopsie on trouve les muscles qui furent paralysés, atrophiés ou gras, si le nerf qui s'y distribue ou une portion de la moelle sont flétris, il n'est pas possible de dire si ces lésions sont primitives ou consécutives.

Les paralysies rhumatismales, qui sont peut-être généralement des affections

périphériques, réclament bien moins les médicaments tétaniques à l'intérieur que les agents capables de stimuler vivement la peau. Ainsi, les frictions sèches et ammoniacales, les rubéfiants, les bains sulfureux, les douches de vapeurs simples ou aromatiques, les douches même froides, si les sujets réagissent facilement, enfin l'électricité, seront successivement employés. C'est dans cette forme de paralysie que certaines eaux thermales feront merveille ; il faut choisir les plus stimulantes : telles sont Baréges et Luchon, Bourbonne et Balaruc, Bourbon-l'Archambault, le Mont-Dore, Aix en Savoie et Tœplitz en Bohême ; enfin la Malou, Luxeuil et Plombières peuvent également être recommandées.

2° Des paralysies consécutives à diverses maladies.

On avait reconnu depuis longtemps que les accidents paralytiques pouvaient survenir dans le cours ou pendant la convalescence de maladies aiguës ou chroniques fort diverses (1). M. le docteur Gubler a eu le mérite, dans ces derniers temps, d'appeler de nouveau l'attention des médecins sur un accident qui avait été un peu oublié par la plupart des contemporains (2). Ces paralysies ne sont pas toujours identiques. Il en est beaucoup qui, symptomatiques de lésions plus ou moins profondes des centres nerveux, constituent des accidents tout fortuits, des complications accidentelles ; mais, le plus ordinairement peut-être, les paralysies, tantôt locales, souvent généralisées, ne se rattachent à aucune lésion appréciable des centres ni des cordons nerveux : ce sont, en un mot, des névroses. Nous avons dans le tome I^{er} (p. 285) traité déjà avec quelques détails d'une de ces paralysies consécutives remarquable par sa fréquence, et surtout par l'ordre à peu près invariable suivant lequel les accidents se succèdent et s'enchaînent : c'est la paralysie *diphthéritique*, qui, en effet, commençant toujours par le voile du palais et par le larynx, peut envahir ensuite les muscles de l'œil, ceux des membres inférieurs et supérieurs, affectant la sensibilité comme la motilité. Cette paralysie, quoi qu'on en ait dit, est toute spéciale. Je ne prétends pas pourtant qu'on ne puisse jamais la constater dans d'autres conditions ; je l'ai vue en effet survenir *une seule fois* avec des caractères identiques à la suite d'une fièvre typhoïde, et sans que la gorge eût été préalablement enflammée. Il existe dans la science quelques cas analogues, mais en si petit nombre, qu'on ne saurait les considérer autrement que comme des exceptions fort rares. En dehors de l'angine, et surtout de l'angine diphthéritique, on observe quelquefois, à la suite de toutes les maladies aiguës, spécialement après la fièvre typhoïde et la dysenterie, à la suite des érysipèles et des fièvres éruptives, des paralysies partielles ou généralisées, extensives, en général ascendantes, c'est-à-dire que, commençant par les extrémités inférieures, elles gagnent plus ou moins vite les membres thoraciques. D'ailleurs, comme le note M. Gubler, leur marche est souvent irrégulière et comme capricieuse ; tantôt légères et fugaces, tantôt généralisées, complètes et permanentes, elles peuvent entraîner la mort lorsque les organes essentiels finissent par être compromis. On n'a pas toujours recherché quel est alors l'état de la contractilité électro-musculaire ; il paraît cependant que celle-ci n'est pas la même dans tous les cas. M. Duchenne, par exemple, signale des différences qui donnent un nouvel argument à ceux qui considèrent la paralysie diphthé-

(1) *Gazette médicale de 1863* ; voyez un bon travail du docteur Imbert-Gourbeyre.

(2) *Archives générales de médecine*, année 1861.

ritique comme différente des paralysies consécutives aux pyrexies. D'après lui, en effet, la contractilité électro-musculaire serait normale dans la première, tandis qu'elle serait toujours plus ou moins diminuée et même abolie dans les secondes. Disons toutefois que les recherches à cet égard auraient besoin d'être multipliées et variées. Si dans les paralysies consécutives aux pyrexies, et peut-être aussi dans celles qui succèdent aux phlegmasies, la contractilité électro-musculaire est diminuée ou éteinte, il ne faudrait pas en conclure pourtant qu'il existe nécessairement alors une lésion grave dans la moelle; il n'en est rien, car les autopsies ne fournissent communément que des résultats négatifs. Faudrait-il plutôt admettre une altération grave de nutrition de la fibre musculaire elle-même, et ces paralysies seraient-elles plutôt périphériques que centrales? C'est ce qu'admet M. Gubler, et c'est en effet ce qu'il est permis de supposer, du moins dans quelques cas. Le professeur Zinker (de Dresde) a parlé dans ces derniers temps d'une altération de la fibre musculaire, d'un état graisseux du muscle qui surviendrait dans les fièvres graves, et qui se dissiperait d'ailleurs communément lorsque la nutrition se fait d'une manière plus régulière.

Les paralysies dont nous parlons constituent, en dehors de l'angine diphthérique, un accident peu commun. Bien qu'il puisse se déclarer, après les formes les plus bénignes, des maladies aiguës, il est vrai de dire qu'elles ne surviennent guère que dans les cas où la maladie a été grave et a profondément débilité la constitution.

Des paralysies analogues ont d'ailleurs été observées à la suite de toutes les causes de débilitation profonde de l'économie : tels sont les excès vénériens et les hémorrhagies graves.

A côté de ces paralysies vraiment asthéniques par la nature des causes qui les provoquent, et dont le siège précis, le mécanisme et la production, sont encore si mal appréciés, nous devons parler de ces paralysies également essentielles, ne se traduisant par aucune lésion appréciable dans les centres et les cordons nerveux, occupant exclusivement les membres inférieurs, et se développant dans le cours d'affections plus ou moins graves des organes abdominaux, spécialement des organes génito-urinaires. Ce sont ces paralysies qui ont été décrites sous le titre de paralysies *sympathiques*, par d'autres sous ceux de *paralysies réflexes*, de paralysies par *réurrence* dont nous avons déjà parlé, et sur lesquelles M. le docteur Raoul Leroy (d'Étiolles) a publié une excellente monographie.

On voit en effet quelquefois, chez les individus atteints de néphrite ou de pyélite chronique, chez des sujets qui souffrent de rétentions d'urine par suite de rétrécissements urétraux ou d'hypertrophie de la prostate, se développer plus ou moins rapidement une paralysie plus ou moins complète des deux membres inférieurs. Le même accident a été également observé, mais beaucoup plus rarement, dans le cours d'affections intestinales graves, comme la dysenterie, ou chez les femmes atteintes de diverses affections utérines.

Dans les cas dont nous parlons, la moelle est exempte de toute altération appréciable, et l'on pense que les organes abdominaux agissent sur elle par l'intermédiaire du grand sympathique, qui, par ses nombreuses anastomoses avec les nerfs rachidiens, semble puiser dans la moelle même le principe de son action.

La paralysie dont nous parlons se déclare en général lentement; elle est rarement complète; la sensibilité est conservée ou seulement altérée, et la nutrition des membres se fait presque à l'état normal.

Aussi la paralysie sympathique serait-elle peu grave par elle-même; mais, étant sous la dépendance, en quelque sorte immédiate, de lésions plus ou moins sérieuses, son pronostic doit être nécessairement subordonné à celui des maladies qui la provoquent.

On pourrait peut-être rapprocher de ces paralysies sympathiques quelques-unes de celles qui surviennent pendant l'état puerpéral, plus souvent pendant la grossesse, quelquefois après l'accouchement, paralysies presque toujours partielles, mais affectant parfois les deux membres inférieurs, ou bien une moitié du corps. Il est impossible de croire à une lésion organique, lorsque, comme on le voit dans quelques cas rapportés par M. Churchill, la paralysie, née à une période plus ou moins avancée de la gestation, cesse spontanément après l'accouchement (1). Néanmoins il importe de ne pas exclusivement rapporter à la puerpéralité des paralysies qui presque toujours reconnaissent une autre influence. Beaucoup, en effet, sont symptomatiques, et celles qui se dissipent rapidement sont presque toujours une des nombreuses manifestations de l'hystérie.

Traitement. — Les paralysies consécutives aux pyrexies, aux phlegmasies, survenant chez des individus plus ou moins profondément débilités, n'exigent guère qu'une médication réparatrice : les amers et les ferrugineux sont à peu près les seuls médicaments qui devront être donnés à l'intérieur, et l'on excitera l'innervation par tous les stimulants externes que nous avons énumérés plus haut.

La paralysie développée sympathiquement ne peut être directement combattue, mais il faut préalablement attaquer, par des médications convenables, les lésions viscérales qui ont provoqué la perte du mouvement. Si la paralysie persiste nonobstant la cessation ou l'atténuation de la maladie primitive, on pourra alors employer quelques-uns des moyens indiqués plus haut, comme capables de réveiller l'innervation périphérique.

3° De certaines paralysies essentielles à marche très-aiguë.

Il y a des paralysies essentielles d'un début quelquefois brusque, parfois lent, à marche insidieuse et rapide, présentant souvent une benignité apparente, et qui se terminent en deux ou trois septénaires d'une manière fatale, lorsque la paralysie qui a débuté par les membres inférieurs, ayant gagné les parties supérieures, finit par envahir les muscles respiratoires eux-mêmes, et produit l'asphyxie sans qu'à aucune époque du mal les facultés intellectuelles aient jamais été atteintes.

Cette paralysie, que M. Landry a décrite sous le nom de *paralysie ascendante aiguë* (2), dont j'ai vu un bel exemple en 1846, sur une femme de dix-huit ans, qui guérit complètement, est plus rare; elle mérite pourtant d'être signalée à cause de sa marche insolite, de sa gravité, et parce que nulle lésion matérielle des centres nerveux ne peut l'expliquer encore.

Dans cette espèce de paralysie, il n'existe aucune souffrance; la sensibilité et la motilité peuvent être également atteintes, mais le trouble porte surtout sur cette dernière. Les membres perdent successivement et rapidement la possibilité de se mouvoir; les muscles sont flasques, sans contraction, sans convulsions, sans mouvements réflexes. Cependant ils conserveraient, d'après M. Landry, leur contractilité électrique.

(1) *Dublin Journal*, 1854, et *Archives générales de médecine*, année 1855.

(2) *Gazette hebdomadaire*, t. VI, année 1859.