

empiète davantage en avant qu'en arrière sur la substance blanche de la corde et il a une teinte fauve claire.

THORAX. — Au sommet des deux poumons, et vers la partie médiane à gauche, les plèvres sont réunies par des adhérences solides. Au sommet du poumon droit, les plèvres sont, de plus, épaissies sur plusieurs points; elles ont un aspect blanc; le tissu pulmonaire sous-jacent est fortement ratatiné; on y trouve des concrétions calcaires de dimensions diverses, autour desquelles se sont groupés une foule de tubercules miliaires, durs, de couleur ardoisée. Dans l'épaisseur de ce même poumon, on trouve encore une foule de tubercules analogues, mêlés à des dépôts de pigment noir et à des masses calcaires, de la grosseur de grains de millet et même de petits pois. C'est au sommet qu'il s'en trouve le plus grand nombre. De semblables tubercules existent aussi dans le lobe supérieur du poumon gauche, mais ils n'y sont pas aussi nombreux. La muqueuse bronchique est fortement congestionnée et les plus gros tuyaux contiennent une grande quantité de muco-pus. Les glandes bronchiques présentent une coloration noire et sont chargées, çà et là, de matière calcaire.

Les organes abdominaux sont sains.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — La portion ramollie de la moelle est formée d'une foule de molécules et de granules, mêlés aux débris des tubes variqueux de la substance nerveuse blanche de Schwann réduite à l'état de globules dont les dimensions et les formes varient. Un grand nombre de cellules granuleuses composées et de masses également granuleuses se trouvent associées aux éléments désagrégés.

Commentaire. — Le cas qui nous occupe s'est produit sous l'influence de causes pathologiques particulières et présente par conséquent des variations marquées dans les symptômes; il s'éloigne ainsi des autres cas de paraplégie que nous avons vus. Ici, la pression s'est exercée peu à peu sur la corde spinale du dehors au dedans, par l'effet de la carie spinale de nature scrofuleuse. Les colonnes antérieures de la moelle ont eu le plus à souffrir; aussi la perte de la motilité a-t-elle formé le symptôme dominant. Dans les observations XXXV et XXXVIII nous avons vu, comme premiers symptômes, de l'engourdissement et du picotement dans les orteils, suivis bientôt par une perversion ou une irrégularité, plutôt que par la perte du mouvement et cela en l'absence de tout spasme. C'est là l'indice d'une inflammation chronique de la moelle, en d'autres termes d'une myélite. Le Prof. Romberg a signalé, chez ces malades, un symptôme qu'il considère comme pathognomonique du ramollissement de la substance grise du centre de la moelle, et qui distingue cette inflammation de la lésion de la substance blanche. Ce symptôme consiste simplement en ce que le malade est incapable de se tenir debout, fermement, avec les yeux fermés. Ce symptôme, nous l'avons vu bien prononcé dans les observations XXXVI, et XXXVII, et à un degré moindre dans l'observation XXXV. Tout indiquait, dans ces cas, que ce n'était point tant la faculté conductrice que le pouvoir tonique qui était en défaut. Ce sont ces considérations qui m'avaient engagé à essayer les effets de la strychnine. Cet agent ne fut pourtant d'aucun secours dans le cas de l'observation XXXVI, et dans celui de l'observation XXXVII, il aggrava même l'irrégularité dans les mouvements de la marche et provoqua plutôt une perte qu'une augmentation de force. Les courants galvaniques, que nous avons ensuite essayés, ne

nous ont pas mieux réussi. Dans l'observation XLI ce furent la carie de la colonne vertébrale et surtout la suppuration par l'ouverture fistuleuse, qui amenèrent la terminaison fatale. Les tubercules du poumon étaient tous à l'état chronique et, bien qu'en compagnie de la bronchite ils expliquent la toux et les signes physiques que nous avons observés dans la poitrine, ils nous ont aussi durant la vie, servi d'indice probable de l'espèce de carie qui affectait la colonne vertébrale. La difformité de la région dorsale se manifesta seulement quelques jours avant la mort et devint bientôt assez marquée. Le gonflement de la région lombaire est une singulière preuve des effets susceptibles de se produire à la suite d'ulcérations et de cicatrices situées profondément et donnant lieu à de l'hypertrophie locale et à de l'œdème.

La carie scrofuleuse ou tuberculeuse des os, est une cause commune de paraplégie. Cependant il existe de grandes divergences d'opinions à l'égard du traitement qu'il faut lui opposer. Ainsi, les uns ont soutenu que la carie d'un os spongieux ne guérit jamais et que le seul remède est l'excision de la partie cariée, lorsqu'elle est accessible. Il n'en est pas moins vrai néanmoins, qu'il a souvent suffi d'un changement d'air et d'un régime mieux entendu pour obtenir les résultats les plus heureux et pour voir même la carie se guérir spontanément. Il n'est point de praticien ayant quelque expérience, qui n'ait rencontré des cas, où la carie et la distorsion de la colonne se sont terminées par ankylose et finalement par la guérison du malade. Bon nombre de nains sont des exemples vivants de guérisons de la carie des vertèbres, et, à part la difformité consécutive à l'affection, leur santé ne laisse rien à désirer. L'opinion que nous venons de mentionner est donc tout à fait inexacte; bien qu'elle ait amené certains perfectionnements en chirurgie, en conduisant à la résection des os et des articulations, au lieu d'amputer les membres ou de laisser le malade périr d'épuisement, il n'y a pas de doute qu'un grand nombre de ces cas guérissent sous l'influence d'un traitement constitutionnel approprié. Je pourrais rapporter ici plusieurs exemples bien remarquables de carie avec distorsion des vertèbres et paralysie complète ayant jeté les sujets dans un affaiblissement extrême: dans ces conditions, au lieu de condamner le malade au lit, dans la crainte d'augmenter la courbure spinale sous le poids du corps, je recommandai un exercice modéré, je donnai de l'huile de foie de morue et une alimentation substantielle, et j'ai obtenu de la sorte les succès les plus satisfaisants. Lors d'un voyage que je fis en Allemagne, en 1846, j'ai vu trois malades semblables réunis dans les salles du professeur Heusinger de Marbourg. Tous trois avaient été affectés de paraplégie; chez l'un d'eux, qui était encore en traitement, il restait de la paralysie; mais les deux autres, après avoir été soumis pendant quelques mois au traitement dont je viens de parler étaient si bien rétablis, qu'ils marchaient sans difficulté et étaient revenus presque complètement à la santé. Peu de temps après, je vis encore deux cas semblables, dans les salles du professeur Jacks, de Prague. C'est ma conviction, le traitement devrait ici, dès le principe, être analeptique

et viser à soutenir la constitution, loin de chercher à l'affaiblir par des déplétions et par une médication débilitante. On insistera notamment sur l'exercice et les promenades à pied ou en voiture. De la sorte on obtiendra des guérisons, et même, dans les cas trop avancés, on parviendra à maintenir la santé et à prolonger la vie : au moins, c'est ainsi que l'on prévendra le plus sûrement la tendance à ces eschares du siège, lesquelles viennent si souvent hâter la terminaison fatale.

Obs. XLII (1). — *Paraplégie. — Cancer des vertèbres. — Ramollissement de la moëlle par compression. — Cancer du poumon, du foie et des glandes lombaires. — Ulcération de la vessie.*

COMMÉMORATIF — Agnès M'Guire, âgée de 60 ans, entre le 12 janvier 1849. A part deux attaques de fièvre, elle avait toute sa vie joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a trois mois, elle fut prise, durant la nuit, de nausées, de vomissement et de diarrhée. Ces symptômes continuèrent plus ou moins, jusqu'il y a environ quinze jours. Elle commença alors à s'apercevoir d'une sensation de froid dans les extrémités inférieures, particulièrement dans les pieds et dans les orteils. Il y a six jours, en s'éveillant le matin, elle se trouva complètement privée de l'usage de ses jambes ; en même temps elle éprouvait un sentiment de grande pesanteur dans les hanches et à la région lombaire.

SYMPTÔMES A L'ENTRÉE. — La malade est très amaigrie ; l'expression des traits indique la souffrance et l'anxiété ; le teint est pâle et livide ; la peau est froide et rude. Il existe sur le sacrum une eschare noire, d'environ sept centimètres et demi de diamètre. Des douleurs se font sentir dans les seins, dans la poitrine et dans le dos ; on constate aussi de la sensibilité à la région abdominale et sur les côtés, en même temps qu'une distension tympanitique. Toutes les parties situées au-dessous des hanches sont complètement immobiles et insensibles ; seulement, lorsqu'on pince la plante des pieds, on remarque de légères contractions spasmodiques dans les muscles. Si on remue le tronc, la malade éprouve de vives douleurs, surtout dans les régions lombaires. Il n'y a ni toux ni expectoration. A la partie antérieure de la poitrine, on ne découvre rien d'anormal ni à la percussion ni à l'auscultation. La peine que l'on a à remuer la malade, fait que l'on n'examine point la face postérieure. Le cœur est sain ; la langue est chargée, l'appétit irrégulier. Il existe une soif vive et parfois des nausées. Les selles ainsi que les urines ont été rendues involontairement depuis le jour de l'admission. Au dire de la malade, la constipation est habituelle. L'urine est sécrétée abondamment et on l'extrait à l'aide de la sonde ; elle est d'une couleur de brique pilée et laisse déposer un sédiment foncé composé d'urates amorphes, de phosphate tribasique, de cellules épithéliales, et de globules sanguins. Ce liquide se décompose aisément et répand une odeur ammoniacale.

MARCHE DE LA MALADIE. — L'épuisement fait peu à peu des progrès ; l'eschare du sacrum s'élargit ; le tympanisme, ainsi que la douleur du ventre diminuent parfois, mais ne la quittent point. L'urine continue d'être rendue involontairement, mais elle se charge de plus en plus de phosphates, de sang, de cellules épithéliales, en même temps qu'elle répand une odeur fétide insupportable. Pendant quelque temps, il y eut de la constipation, mais il est survenu de la diarrhée peu de jours avant la mort, arrivée le 3 février.

Le traitement a consisté d'abord, dans quelques applications de sangsues, sur la partie douloureuse de la colonne vertébrale ; seulement il faut le dire, il n'en est

(1) Recueillie par M. J. N. Fanning, élève du service.

jamais résulté le moindre soulagement. La constipation a été combattue par les laxatifs et l'urine fréquemment évacuée au moyen du cathétérisme. Sur l'eschare on a fait des pansements à la térébenthine et avec des onguents balsaniques ; on a employé aussi des cataplasmes, et autant que possible soustrait cette partie à la pression du corps. On a essayé bien souvent des cruchons d'eau chaude aux extrémités inférieures et aux pieds, mais sans parvenir jamais à faire disparaître la sensation de froid dont nous avons parlé. Enfin, à l'intérieur, on a donné une alimentation substantielle, du vin et en dernier lieu de l'eau-de-vie.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort.

TÊTE. — Le cerveau et ses membranes sont intacts.

COLONNE VERTÉBRALE. — Les corps des huitième et neuvième vertèbres dorsales, sont épaissis et présentent un renflement abrupt. Ils sont infiltrés d'un produit encéphaloïde et se laissent facilement couper. Le muscle psoas gauche est adhérent aux corps de ces mêmes vertèbres et forme avec eux une masse pulsatrice, désorganisée, consistant en débris musculaires graisseux et ramollis et en débris osseux envahis par le cancer. Le corps de la troisième vertèbre lombaire est également envahi par l'encéphaloïde.

MOELLE ÉPINIÈRE. — Les os des vertèbres dorsales, ont empiété considérablement sur le canal médullaire et y forment une sorte d'angle aigu, qui comprimait la moelle. Celle-ci, à ce niveau et sur une longueur de deux centimètres et demi, est réduite, dans toute son épaisseur, en une sorte de pulpe blanchâtre ; cependant, les membranes autour de ce point ramolli, sont saines.

POITRINE. — En ouvrant l'oreillette gauche du cœur, on trouve une concrétion de nature terreuse, de la grosseur d'une aveline, de forme sphérique un peu aplatie qui se trouve enchassée dans la paroi musculaire. C'est du reste la seule anomalie que l'on rencontre dans le cœur. Les poumons sont emphysémateux à leur partie antérieure. Le gauche est adhérent au sommet, en arrière ; en le détachant on trouve que la moitié du lobe supérieur est infiltrée d'un exsudat encéphaloïde d'un blanc sale et en quelques endroits d'une couleur rosée claire. Ça et là dans les deux poumons, on trouve disséminés des nodules semblables, de nature encéphaloïde, et dont la grosseur varie depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une noix. Du tissu pulmonaire parfaitement normal sépare ces différents nodules. Les glandes bronchiales ont une coloration noirâtre par suite d'un dépôt pigmentaire, mais elles ne sont point cancéreuses.

ABDOMEN. — Le foie, les reins, et les glandes lombaires sont farcis de masses de cancer mou, et ces masses dans le foie, ont un volume qui varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf de pigeon. La vessie est fortement contractée et ridée ; sa surface interne est rendue inégale par de petites granulations rouges sanguinolentes, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un pois. Dans certains endroits, les plis muqueux sont injectés, et entre eux on remarque des crevasses et des ulcérations, ainsi qu'un dépôt abondant de sels phosphatiques. La rate et les autres organes du ventre sont intacts, seulement le gros intestin est considérablement distendu par des gaz.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — La partie de la moelle ramollie se compose de tubes nerveux brisés en petits fragments de diverses formes : ronds, ovales, en ampoules, etc. Ils offrent de doubles contours et sont mêlés à une multitude de molécules et de granules graisseux. On y distingue aussi quelques cellules granuleuses. Les masses cancéreuses du poumon présentent des cellules de cancer, rompues et entremêlées avec une grande quantité de cellules granuleuses, et avec de la matière granulaire, comme dans le *cancer réticulaire* de Müller. Dans le foie, on rencontre des formations cellulaires plus caractéristiques ; toutefois, ces cellules sont mêlées ça et là, à des masses cancéreuses jaunâtres, en voie de régression. Dans les os, les

cellules cancéreuses sont grandes, et bon nombre d'entre elles contiennent deux ou trois noyaux en voie de développement.

Commentaire. — Voici un cas où une production encéphaloïde s'est développée dans divers organes internes, lentement, et sans produire de symptômes caractéristiques, jusqu'à ce que l'infiltration cancéreuse, ayant augmenté le volume des huitième et neuvième vertèbres dorsales, ait occasionné, par la pression qui en est résultée, un commencement de paraplégie. A un certain moment, les deux vertèbres se sont tout à coup affaissées en avant, ont comprimé la moelle et occasionné, pendant le sommeil, une paralysie complète, suivie quelques temps après par de l'ulcération dans la vessie et par des eschares au sacrum, lésions qui ont amené la mort. Nous avons vu les corps des deux vertèbres former un angle comprimant la moelle. Celle-ci ne tarda point à se ramollir et à se réduire en une substance pulpeuse, en un mot, à subir une désorganisation complète.

On comprendra combien il est important de bien connaître la pathologie des affections structurales de la moelle épinière, si l'on veut réfléchir que ces lésions entraînent généralement des paralysies incurables. Le mal s'étend d'autant plus que la lésion intéresse l'origine d'un plus grand nombre de nerfs, ou ce qui revient au même, intercepte leur communication avec le cerveau. Les découvertes récentes concernant la structure de la moelle (voir p. 193, 194), nous enseignent en outre que la désorganisation de la substance grise, non-seulement diminue l'évolution de la force nerveuse, mais agit directement sur les fibres qui la transmettent au cerveau. Il y a tout lieu d'admettre que ces fibres ne s'entrecroisent pas seulement dans la moelle allongée, mais encore tout le long de la corde jusqu'en bas. La moelle cependant, est un organe si petit, que les affections de sa texture intéressent d'ordinaire ses deux moitiés et produisent des effets sur les deux côtés du corps. Pour le cerveau, au contraire, on a observé depuis longtemps, que la lésion d'une des moitiés latérales produit simplement la paralysie du côté opposé du corps. Voilà pourquoi, dans l'immense majorité des cas d'hémiplégie, la maladie a son siège dans l'hémisphère opposé du cerveau, surtout s'il s'agit de la portion crânienne de la corde spinale au-dessus de la décussation dans la moelle allongée. La paraplégie, au contraire, dépend le plus souvent d'une maladie de la portion vertébrale de la corde, située au-dessous de cette décussation.

On a pourtant rapporté un très petit nombre de cas où l'hémiplégie s'est montrée du même côté que la lésion trouvée dans le cerveau après la mort, lésion à laquelle on croit pouvoir rapporter cette hémiplégie. M. Hilton, il est vrai, dans un mémoire lu en 1857-58, devant la Royal Society, a donné la description d'une disposition particulière des fibres nerveuses, laquelle fournit, à ce qu'il croit, la clef de ces cas exceptionnels. Toutefois, ces derniers sont tellement rares, qu'on ne saurait guère

supposer qu'ils se rattachent à une disposition anatomique permanente. Même dans ce cas, il est loin d'être probable qu'il y ait en réalité exception à la règle générale. Ainsi, il existe assez d'exemples d'abcès, avec du ramollissement et d'autres lésions morbides, révélés par l'autopsie, chez des sujets qui n'avaient présenté aucune paralysie durant la vie; mais le nombre est encore plus grand des cas où, à la suite d'une paralysie bien marquée, on n'a trouvé aucun changement appréciable après la mort. Il n'est donc aucunement improbable que, de même qu'il peut exister des paralysies qui ne laissent pas de traces, de même, dans un petit nombre de cas, cette lésion fonctionnelle ait pu être déterminée par des changements ignorés dans l'hémisphère opposé et, comme c'est parfois le cas, que la lésion observée dans l'hémisphère du côté paralysé, n'ait produit aucun effet. Telle nous paraît être l'explication la plus plausible à donner à ces cas exceptionnels.

Dans la portion vertébrale de la corde, il est de règle, comme on le sait, que toutes les parties animées par les nerfs situés au-dessous du point lésé soient frappées de paralysie; cependant on a observé des cas exceptionnels. On a même prétendu que des individus ont conservé non-seulement la faculté de remuer leurs membres, mais même de marcher, bien que la moelle fut désorganisée dans toute son épaisseur! Il n'est personne, un peu au courant des recherches pathologiques, qui n'accepte avec méfiance de telles observations, connaissant d'une part, avec quelle promptitude cette portion du système nerveux se ramollit dans certains cas après la mort, et sachant d'autre part, à combien de lésions est exposé cet organe, quand on ouvre le canal vertébral. Il y a quelques années, j'ai voulu analyser les plus remarquables d'entre ces faits: j'en suis arrivé à cette conclusion que, dans aucun d'eux, il n'y avait de preuve absolue que la moelle eut été entièrement détruite pendant la vie.

Prenons, par exemple, le fameux cas de Desault (*Journal de Chirurgie*, IV, p. 457). On n'y trouve aucune description de l'aspect physique; il y est dit tout simplement que la moelle épinière était totalement divisée. Quant aux mouvements conservés par le malade, voici ce qu'on ajoute: « Il était dans une agitation continuelle et il remua le bassin, ainsi que les extrémités inférieures, jusqu'à son dernier moment. » Tout cela manque de précision. Ces mouvements n'étaient-ils point exclusivement excito-moteurs? L'altération de structure a-t-elle été bien observée?

On a encore cité fréquemment, à ce propos, l'observation de Rullier (*Journal de Physiologie*, 1825). Il s'agit d'un monsieur qui était atteint d'une paralysie complète, absolue, des deux bras, avec conservation de la sensibilité et de la motilité dans les extrémités inférieures. Il résista sept ans dans cet état et mourut d'une affection de poitrine. Le Dr Abercrombie, en parlant de ce cas, rapporte qu'un tronçon de moelle de six pouces de longueur, occupant deux tiers de la portion cervicale et un peu de la dorsale, était complètement diffluent, de sorte que, même avant l'ouverture des membranes, le contenu oscillait de haut en bas, comme aurait

fait un liquide. Les racines postérieures des nerfs avaient conservé l'intégrité de leur substance nerveuse jusqu'à leur point de sortie des membranes de la moelle, mais dans les racines antérieures, elle était détruite et ces racines étaient réduites à un névrilème vide (*Abercrombie*, p. 550, 5^e édit.). Le même auteur mentionne que les colonnes antérieures étaient complètement détruites; d'autres s'occupant du cas, ont même pensé qu'un segment de la moelle se trouvait entièrement désorganisé. Cette observation est intitulée : *Disparition de la substance nerveuse de la moelle épinière dans le tiers supérieur de sa portion dorsale*, (Ollivier, 5^e édit. vol. II, p. 568), et cependant, dans les détails de la dissection, nous lisons : « On voyait à peine, vers la partie antérieure de cette portion altérée, les cordons médullaires en rapport avec les racines correspondantes des nerfs spinaux, » et plus loin : « Cette altération était beaucoup moins sensible lorsqu'on regardait la moëlle par sa face antérieure, etc. » Il semblerait d'après cela qu'il existait encore certaines fibres continues dans les colonnes antérieures, bien qu'on ne les y reconnût qu'avec difficulté; en outre, on ne saurait douter qu'il en restât un bon nombre dans les postérieures. La persistance de la motilité volontaire et de la sensibilité dans les extrémités inférieures, dans de semblables conditions, notamment dans une affection chronique, n'offre rien de surprenant.

On a aussi rapporté des exemples où des balles avaient traversé la colonne vertébrale; où une épée, enfoncée dans le cou, aurait divisé complètement en travers la moëlle épinière, et cela sans avoir donné lieu à de la paralysie! Nous n'avons point le temps de nous arrêter à faire l'analyse de ces cas, mais ceux qui en auraient envie, ne seraient pas en peine d'établir qu'elle ne contiennent aucune preuve positive que la corde ait été détruite dans toute son épaisseur durant la vie. D'ailleurs, sans élever des doutes sur leur exactitude, n'y a-t-il point de lieu penser que les destructions complètes dont on rend témoignage sont, jusqu'à un certain point, des effets posthumes causés par un ramollissement partiel de la moelle, venant à se mêler peut-être, après la mort, avec le liquide séreux toujours présent? N'est-il point probable que la violence résultant de l'ouverture du canal spinal, ait pu rompre des fibres encore intactes durant la vie? Enfin, les mouvements que l'on a décrits dans certains cas, n'étaient-ils point purement excito-moteurs?

Quoiqu'il en soit, nous pensons que dans l'état actuel de la science, ces dernières suppositions sont beaucoup plus rationnelles que l'idée d'admettre que l'influx volitif soit capable de sauter par dessus quatre ou cinq pouces de moelle désorganisée, afin de se rendre dans les extrémités inférieures, ou que les impressions faites sur ces dernières puissent se communiquer au cerveau, par une voie nouvelle en dehors du système nerveux (1).

(1) Voir un article de l'auteur sur la paralysie; *Library of Medicine*, vol. II.

OBS. XLIII (1). — *Néuralgie du nerf sous-orbitaire, suivie d'irritation et de paralysie des différents nerfs de la base du crâne, causées par une affection cancéreuse des os. — Pneumonie catarrhale.*

COMMÉMORATIF. — Mary Stephenson, âgée de 52 ans, femme d'un cordonnier, entrée le 21 janvier 1861. Il y a six mois, elle reçut un coup, immédiatement au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche, directement sur le trajet du nerf sous-orbitaire. A cette blessure succéda une suppuration de la narine gauche, et elle dure encore. Il y a trois mois, la malade ressentit pour la première fois de la douleur dans les gencives, du côté gauche, mais elle attribua ce mal à quelque dent gâtée et croyait l'avoir provoqué en s'exposant au froid, en allant chercher de l'eau à une certaine distance de sa maison. La dent suspecte fut ôtée, mais le mal n'en continua pas moins. Un mois après, on en arracha encore deux et l'une d'elles était gâtée, cependant le mal persista. Vers ce même temps, elle éprouva une sensation de picotement au-dessous de l'œil gauche, comme si de l'eau froide eût coulé sur cette partie. En même temps, la sensibilité était diminuée et il y avait des tintements dans l'oreille gauche. On ordonna des vésicatoires et des applications stimulantes; il en résulta un soulagement momentané. Cependant, il y a environ trois semaines, la pupille de l'œil gauche commença à se contracter, la vision à s'obscurcir, et la joue de ce côté à se gonfler. On appliqua de l'extrait de belladone autour de l'orbite et la pupille se dilata; en même temps, on fit prendre du calomel trois fois par jour, ce qui amena la salivation au bout de cinq jours. Elle avait un enfant de seize mois qu'elle allaitait encore, on lui ordonna de le sévrer. En fin de compte, ne se sentant pas soulagée elle se présenta à l'infirmerie. Notons en passant que cette femme a toujours eu un bon régime et que jusqu'à ce moment sa santé a toujours été excellente.

SYMPTÔMES A L'ENTRÉE. — Elle se plaint d'une sensation de picotement dans la joue gauche, et cette sensation est parfois extrêmement pénible, même insupportable. Ce sont alors des élancements le long du trajet du nerf sous-orbitaire; il existe en outre une douleur constante au-dessous de l'angle interne de l'œil. Les douleurs lancinantes qui constituent les paroxysmes, s'étendent même aux joues, au menton et jusque dans le bras. La sensibilité cutanée est diminuée sur un espace s'étendant depuis la ligne médiane jusqu'à l'oreille, et depuis la paupière inférieure jusque sous le rebord de la mâchoire inférieure. On constate aussi un ptosis partiel de la paupière supérieure, mais l'œil se ferme parfaitement. La pupille est plus resserrée à gauche qu'à droite, mais elle se contracte aisément quand on y présente une lumière. Dans l'acte de renifler, l'aile gauche du nez reste ouverte. On remarque un léger gonflement à l'endroit de l'os malaire de ce même côté. Les muscles masseter et temporal fonctionnent régulièrement. La langue est nette; quand la malade la tire, elle semble diverger un peu à gauche, mais ce n'est là qu'un effet apparent, résultant de ce que l'ouverture buccale est attirée légèrement à droite, pendant le mouvement. On ne retrouve plus aucune sensibilité au toucher dans le côté gauche de la langue. Les dents qui restent sont tout-à-fait intactes, des deux côtés. Cependant la malade ne saurait mâcher du côté gauche, elle est même obligée de soutenir son menton à l'aide de la main, pour empêcher ce qu'elle a dans la bouche de s'accumuler entre les joues et les arcades dentaires. Parfois aussi les aliments et la salive s'échappent à l'angle gauche de la bouche. On ne remarque jamais de larmes. Si la malade veut

(1) Recueillie par MM. W. Turner, W. Spalding, J. Nicholson et R. Davy, élèves du service.

cracher elle bave plutôt qu'elle ne projette la salive. Quand elle boit, elle sent plus distinctement le vase sur la moitié droite des lèvres, mais le liquide lui paraît plus froid de l'autre côté. La parole est parfois embarrassée. Céphalalgie durant les accès aigus; appétit satisfaisant; selles régulières; fonctions d'ailleurs normales.

MARCHE DE LA MALADIE. — 24 Janvier. La malade a éprouvé des douleurs atroces dans la joue gauche et dans la moitié correspondante de la langue. On applique un vésicatoire derrière l'oreille gauche. — 26 Janvier. Le mal n'a point discontinué et le vésicatoire n'a produit aucun soulagement. La pupille gauche est encore très resserrée et immobile. On fait appliquer des fomentations chaudes sur la joue. — 27 Janvier. Le mal persiste aussi violent que jamais, nonobstant des applications laudanisées. On injecte alors 20 gouttes d'une solution de 0,58 centigrammes de bi-méconate de morphine sur 50 grammes d'eau, dans le tissu cellulaire de la joue, sous la paupière. — 28 Janvier. L'injection a produit une stupeur profonde qui a duré deux heures. La douleur principale a diminué et, depuis l'opération, la patiente n'a encore eu que deux instants de souffrance aiguë. — 30 Janvier. Depuis hier la douleur est revenue aussi violente que jamais. Répéter l'injection de bi-méconate de morphine. A l'intérieur, prendre 0,52 centig. de sulfate de quinine, trois fois par jour. — 12 Février. Les symptômes n'ont présenté aucun changement durable. A huit reprises, les injections ont été répétées et suivies d'un soulagement momentané. Divers médicaments ont été ensuite essayés, les uns après les autres: la strychnine, la belladonne, l'iodure de potassium, le sublimé corrosif, des potions anodynes morphinées et à l'éther chlorique, prises le soir. A l'extérieur on a employé la teinture d'aconit mêlée à 7 parties de glycérine, l'absorption endermique de chlorhydrate de morphine à la surface d'un vésicatoire, sur la joue; enfin des sangsues et le galvanisme. Mais tout cela n'a donné qu'un soulagement momentané. Il y a eu des nuits sans sommeil; l'écoulement de la narine gauche n'a fait qu'augmenter et, dans l'intervalle des paroxysmes, la malade s'est plaint constamment d'une douleur sourde au-dessous de l'œil gauche. — Le 25 mars elle demande à retourner chez elle, mais elle n'est nullement mieux.

Le 5 avril, elle rentre à l'infirmerie. Les symptômes n'ont guère subi de changement depuis sa sortie. On applique de l'extrait de belladone autour de l'orbite afin de dilater la pupille, et on prescrit: Solution de bichlorure d'hydrargyre, 62 grammes, pour en prendre deux fois par jour une cuillerée à thé, puis, vers le soir, 55 gouttes de solution de chlorhydrate de morphine dans un peu d'eau. — 17 Avril. On prescrit: 0,15 centigrammes d'opium gommeux le soir; cette dose est élevée peu à peu jusqu'à 0,52 centigrammes, le 25 avril. — Le 24, on descend à 0,25 centigrammes, qu'elle continue de prendre tous les jours, jusqu'à ce qu'elle soit remise de nouveau aux mains du Dr Bennett, le 1^{er} mai. La solution de bichlorure de mercure est alors discontinuée et la malade reprend la quinine, puis la bébirine, sous forme de mixture. En même temps on fait encore des applications locales de la teinture d'aconit de Fleming; mais tout cela ne soulage que momentanément. — Le 27 mai la malade sort de nouveau dans le même état.

La patiente rentre à l'infirmerie le 19 décembre 1861. Après sa sortie, elle a eu successivement: du strabisme convergent de l'œil gauche qui s'injecta fortement, une surdité partielle du même côté et la perte de la sensibilité et de la motilité du côté gauche de la face; en même temps les traits étaient déviés à droite. Il y a quatre mois que la vue de l'œil gauche est complètement perdue; le ptosis est devenu permanent; l'ouïe est moins bonne, il y a un bourdonnement constant et une douleur pulsative dans l'oreille. Depuis quelque temps, lorsque la malade se tient debout, elle perd du sang par la narine gauche. Il y a cinq semaines, l'œil droit s'est pris à son tour et l'obscurcissement de la vue n'a cessé

de s'aggraver. L'intelligence elle-même est affaiblie et la malade s'irrite pour un rien. Les traits expriment la souffrance et l'anxiété. Il reste un peu de sensibilité à la joue gauche, mais on peut introduire un petit rouleau de papier dans la narine, sans provoquer d'éternuement. Le globe oculaire gauche est proéminent, ce qui le fait paraître plus gros. La conjonctive est injectée. La cornée est devenue en partie opaque et le segment inférieur en est ulcéré. La pupille est dilatée. La paupière supérieure est immobile, mais il reste un peu de mobilité du globe. Il existe une surdité marquée de l'oreille gauche, qui est le siège de battements, ainsi que de bruissements perpétuels. Les muscles du côté gauche de la face sont flasques. On dirait que celle-ci est uniformément gonflée et on n'y remarque plus aucune motilité. La malade est toujours obligée d'introduire son doigt dans la bouche, afin de déplacer les aliments accumulés entre la joue et les arcades dentaires. L'odorat est entièrement aboli, du côté gauche. Il y a parfois des vertiges. Le sommeil est interrompu. Le côté gauche du palais est flasque et la luette est déviée à droite. L'articulation des mots est gênée, au point d'être presque inintelligible. De temps en temps il y a des douleurs atroces. Malgré tout cela, l'ensemble des fonctions s'exécute normalement. — 2 janvier 1862. La malade s'est plainte de douleurs violentes dans le globe oculaire gauche, parfois avec élancements dans la langue, vers la tempe gauche et dans la glande parotide. 0,15 centigrammes de codéine à prendre trois fois par jour. Plus tard on administre de la chlorodyne le soir. Parfois même quand les douleurs sont par trop atroces, on a recours aux inhalations de chloroforme. — 1^{er} février. La malade est de nouveau confiée aux soins de M. Bennett. Elle prenait alors journellement quatre pilules, contenant chacune de 0,05 centigrammes d'opium, et tous les soirs une dose de 2 grammes de chlorodyne. — 20 février. La joue gauche a été badigeonnée de temps en temps avec la teinture d'aconit de Fleming, mais sans soulagement aucun. Il s'est montré une légère diarrhée qui a duré quelques jours; le 10, il y eut en outre des vomissements violents. L'appétit a considérablement diminué et la malade prend beaucoup moins de nourriture. Le pouls est à 100, faible. — 22 février. L'écoulement nasal est moindre au dehors, aussi la malade se plaint-elle de ce qu'il passe dans la gorge. A partir de ce moment elle prend de moins en moins de nourriture. On augmente la quantité de chlorodyne du soir, à raison de l'extrême agitation et de la souffrance. L'affaiblissement fait de plus en plus de progrès et la malade meurt le 27 février à 1 heure de l'après midi, ayant conservé sa connaissance à peu près jusqu'au dernier moment.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort.

TÊTE. — Le cerveau, ainsi que ses membranes, sont intacts, seulement, il est un point où ces dernières sont fortement adhérentes au tissu osseux, c'est sur la lame orbitaire de l'os ethmoïde. Une substance molle, grisâtre, offrant à l'œil nu l'aspect du cancer médullaire infiltre complètement le tissu spongieux mou du corps du sphénoïde et de l'apophyse basilaire de l'occipital. La table externe compacte de ces os est ramollie, au point qu'on peut l'inciser facilement avec le scalpel. Les sinus sphénoïdaux et ceux de l'ethmoïde sont remplis par la même substance. Le côté gauche du corps du sphénoïde est complètement détruit, de sorte que la masse cancéreuse s'avance jusque dans les fosses moyenne et postérieure du crâne. Dans la première, il s'est fait une adhérence avec la pointe du lobe cérébral moyen. La tumeur enveloppe les troisième, quatrième, cinquième et sixième paires de nerfs dans leur trajet le long des parois du sinus caverneux. Ils y sont tous entourés et même évidemment infiltrés, par de la substance cancéreuse ramollie. La cinquième paire est spécialement englobée dans la masse morbide, au point qu'il est impossible d'en suivre les fibres. Le nerf, avant de pénétrer dans le ganglion de Gasser, ce ganglion lui-même, ainsi que les trois grosses branches qui en sortent, sont envahis.