

La période de progrès est plus ou moins rapide. En sept ou huit jours, la maladie peut être parvenue à son summum; dans ce cas, la mort est toujours imminente, et cependant on aurait pu la conjurer, d'après M. Landry, huit fois sur dix.

Lorsque la paralysie ascendante aiguë a une heureuse issue, on voit les accidents paralytiques décroître dans l'ordre inverse à leur développement; c'est ainsi que les bras, qui ont été envahis les derniers, recouvrent leur motilité avant les jambes. L'amélioration marche donc de haut en bas; la guérison peut être rapide et complète, mais quelquefois l'amélioration est lente, elle se fait par saccades; on observe des alternatives de bien ou de pire; la maladie, devenant chronique, peut alors durer indéfiniment.

La paralysie ascendante, aiguë par ses symptômes comme par sa marche, se distingue aisément des autres paralysies aiguës, qui se lient surtout à des lésions graves des centres nerveux.

Il est bien difficile, à la vue des accidents dont je viens de parler, de formuler un pronostic avec quelque certitude, et, bien que la mort ne soit qu'exceptionnelle, bien qu'elle n'ait guère été observée qu'une fois sur cinq, il est impossible, lorsque la paralysie marche sans cesse, de ne pas porter un pronostic fâcheux; on doit surtout être alarmé si les muscles respiratoires sont envahis.

On ne sait rien encore sur l'étiologie de cette forme grave de la paralysie essentielle; on l'a vue survenir surtout dans la convalescence de maladies aiguës, et après l'impression du froid.

Dans les deux cas qui sont les seuls dans lesquels l'autopsie ait été pratiquée, on ne trouva aucune lésion manifeste. Ollivier (d'Angers), qui a connu cette affection, accuse une congestion sanguine de la moelle, mais M. Landry objecte, avec beaucoup de raison, que rien, dans les symptômes, ne justifie cette opinion; que d'ailleurs trouvât-on un certain degré de congestion des vaisseaux rachidiens, il resterait à déterminer si cette stase n'est pas la conséquence de l'asphyxie à laquelle les malades ont succombé.

La maladie qui emporta Cuvier en 1832, dans l'espace de quatre ou cinq jours, et qui fut caractérisée par la dysphagie, puis par une paralysie qui marcha de haut en bas, peut aussi être citée comme exemple de ces paralysies suraiguës, rapidement mortelles, et qui ne peuvent s'expliquer par aucune lésion matérielle appréciable des centres nerveux. L'autopsie de Cuvier, faite par Bérard, en présence de Dupuytren, ne donna que des résultats absolument négatifs.

M. Duchenne a décrit, sous le nom de *paralysie générale spinale*, une maladie qui ne diffère pas beaucoup de celle que M. Landry a signalée, et qui ne se lie non plus à aucune lésion matérielle appréciable des centres et des cordons nerveux.

Les malades éprouvent des douleurs rachidiennes de la nuque au sacrum, ou bornées seulement à la région cervicale, dorsale ou lombaire, ayant de plus des fourmillements dans les membres, et parfois une hyperesthésie cutanée; ils accusent bientôt une faiblesse notable, puis une paralysie complète des membres inférieurs. Après un temps variable, après quelques jours, si la maladie est très-aiguë, mais le plus souvent après quelques mois, les bras se prennent à leur tour; les muscles perdent bientôt toute leur contractilité électrique, et ne tardent pas à s'atrophier en masse. A une période encore plus avancée, les muscles de la face sont envahis à leur tour; en dernier lieu ce sont les muscles respiratoires; comme conséquence inévitable, la mort arrive par asphyxie. Il est remarquable qu'au milieu de ces troubles si graves de l'innervation, les

facultés intellectuelles et les fonctions organiques sont intactes. La maladie est apyrétique, à moins de complication.

Cette maladie peut se terminer en quelques semaines; dans ce cas elle a une remarquable analogie avec la paralysie ascendante aiguë de M. Landry. Mais le plus ordinairement la paralysie générale spinale a une marche chronique et une durée rarement moindre de quelques années.

Les paralysies essentielles graves, à marche rapide, se présentent presque toujours sous la forme de paraplégie. Cependant on les a vues dans quelques cas très-rares sous la forme d'hémiplégie. J'ai rapporté, en 1837, dans la *Presse médicale*, l'histoire d'un homme de cinquante ans, qui, couché bien portant, après une nuit passée en voiture, se releva paralysé de tout le côté droit, avec intégrité complète des facultés intellectuelles, et succomba le treizième jour dans le coma, sans que l'autopsie, faite par moi avec le soin le plus minutieux, révélât dans les centres nerveux aucune lésion matérielle appréciable (1). Valleix a vu dans le service de M. Louis un fait semblable. Des cas pareils sont pourtant rares, et nul signe pendant la vie ne saurait les faire reconnaître; aussi devra-t-on toujours alors diagnostiquer une hémorragie ou un ramollissement apoplectique.

Contre les paralysies aiguës dont je viens de parler, il est difficile de formuler un traitement justifié par les faits. Croyant généralement dans ces cas à l'existence de lésions matérielles (congestions, hémorragies, ramollissement aigu), on insiste d'abord sur les antiphlogistiques, surtout sur les saignées locales, sans qu'il soit établi pourtant qu'elles aient agi d'une manière favorable sur la marche de l'affection. Ces moyens sont plutôt nuisibles lorsque la paralysie se déclare chez des individus affaiblis par des maladies antérieures. Dans les affections paralytiques essentielles, à marche ascendante aiguë, on doit recourir à des pertes de sang avec une extrême parcimonie, car lorsqu'il n'existe ni phlegmasies ni congestions, les déperditions de cette nature affaiblissent l'innervation d'une manière parfois désastreuse. Mieux vaut insister sur les révulsifs, sur les stimulants et la série de moyens que nous avons recommandés déjà à propos des paralysies rhumatismales.

4^o De la paralysie essentielle de l'enfance.

On observe quelquefois chez les enfants une paralysie plus ou moins étendue, suivie, lorsqu'elle se prolonge, d'une atrophie et d'une dégénérescence graisseuse des muscles, à laquelle on a donné le titre d'*essentielle*, parce qu'on a généralement cru qu'elle ne se rattachait à aucune lésion matérielle appréciable des centres nerveux; opinion fort contestable, ainsi que nous l'établirons plus tard.

Historique. — Signalée par Underwood à la fin du dernier siècle, dans son *Traité des maladies de l'enfance*, ce fut M. Shaw qui, en 1822, fixa de nouveau l'attention sur ce genre de paralysie dans son ouvrage *sur les difformités de la colonne vertébrale*; mais les travaux les plus complets sont dus aux docteurs Badham (2), Heine (3), Kennedy (4), West (5). En France, nous citerons les

(1) L'encéphale, dépouillé de ses membranes, fut coupé en tranches aussi minces que possible, tous les points furent regardés et touchés; on procéda de la même manière pour la moelle épinière.

(2) *The London Medical and Surgical Journal*, 1835.

(3) *Beobachtungen über Lähmungszustände der untern Extremitäten und deren Behandlung*. Stuttgart, 1840.

(4) *Dublin Medical Press*, 1841, et *Dublin Quarterly Journal*, 1850.

(5) *London Medical Gazette*, 1845.

recherches de M. Richard (de Nancy) (1), celles de Rilliet (2), de M. Laborde (3) et de M. Duchenne (de Boulogne) (4), qui a donné à l'affection le nom de *paralysie graisseuse atrophique*, expression que je crois souvent impropre, car elle ne peut convenir que lorsque la maladie, en se prolongeant, entraîne l'amaigrissement de la fibre musculaire.

Symptômes. Marche. — Ce n'est que très-exceptionnellement qu'on voit la paralysie débiter d'une manière obscure. Dans la plupart des cas, le début est brusque, la paralysie est subite, soit qu'elle surprenne l'enfant au milieu de la santé la plus florissante, soit qu'elle se déclare après des troubles cérébraux graves, comme des convulsions; parfois c'est dans le cours d'une chorée; mais il est beaucoup plus ordinaire de voir cette paralysie être seulement précédée de malaise et de ces troubles divers qui, chez les jeunes enfants, accompagnent une dentition laborieuse, et plus souvent encore d'un simple état fébrile plus ou moins intense et d'une durée toujours éphémère. La paralysie est souvent partielle, bornée à quelques muscles, à l'un des membres, et plus souvent à l'un des bras; ailleurs les enfants sont hémiplegiques, mais le plus communément ils sont paraplégiques.

La paralysie, qu'elle affecte un ou plusieurs membres, peut être complète, absolue; quelquefois elle n'atteint pas évidemment tous les muscles d'une partie. C'est ainsi que, dans certaines paralysies du membre supérieur, les enfants peuvent encore remuer les doigts. La perte du mouvement est le seul accident qui existe. Il n'y a pas de fièvre et nul trouble notable du côté des principaux appareils.

La paralysie peut n'être en quelque sorte qu'éphémère et se dissiper rapidement et complètement après une durée qui varie depuis quelques heures jusqu'à cinq ou six mois; mais souvent aussi la paralysie persiste, la maladie entre alors dans une phase nouvelle, dans une période qu'on peut appeler *atrophique*. Les muscles paralysés s'amaigrissent promptement, conservant plus ou moins leur sensibilité et leur contractilité électriques, à moins que la fibre, plus ou moins complètement détruite, ne soit remplacée par de la graisse. On comprend que, lorsque cette altération existe, les membres doivent alors subir à la longue un arrêt de développement dans toutes leurs parties constituantes; les os sont amoindris et moins longs, les artères et les veines moins développées. Les muscles sont atrophiés d'une manière inégale, il en résulte un défaut d'équilibre; de là des déviations diverses, comme des pieds bots, des attitudes vicieuses des épaules, du tronc, du bassin.

Diagnostic. — Le diagnostic est assez difficile au début, et l'on ne peut d'ailleurs guère y arriver que par voie d'exclusion. Une paralysie partielle qui survient brusquement, sans cause, chez un jeune enfant, sans qu'il existe des troubles cérébraux, et souvent même sans que la santé générale ait subi aucune atteinte, pourra faire supposer qu'il n'existe aucune lésion grave vers les centres nerveux; mais on comprend combien la difficulté augmente lorsque la maladie, précédée de fièvre, de convulsions, de troubles cérébraux nombreux, peut faire redouter quelque lésion profonde dans la moelle ou dans le cerveau. Le diagnostic, toujours incertain au début, ne pourra, dans ce cas, être éclairé que par la marche ultérieure de la maladie.

Les difficultés du diagnostic sont, on le comprend aisément, plus grandes

(1) *Bulletin de thérapeutique*, année 1849.

(2) *Gazette médicale de Paris*, année 1851.

(3) Thèse de Paris, année 1864, n° 163.

(4) *L'Électrisation localisée*, p. 275, 2^e édition.

encore dans le jeune âge, à une époque où il est difficile ou à peu près impossible d'analyser les phénomènes cérébraux. Les docteurs West, Kennedy et Rilliet font observer, en outre, qu'il serait possible, chez les jeunes enfants, de confondre la paralysie d'une des extrémités inférieures avec une affection commençante de la hanche. Mais si l'on remarque que, dans celle-ci, la maladie débute et marche plus lentement, qu'il existe une tuméfaction à la hanche, que les mouvements imprimés à l'articulation sont douloureux, on évitera facilement l'erreur que je signale. Il faut, d'autre part, prendre garde de regarder comme paraplégiques des enfants qui sont seulement retardés, qui ne marchent pas encore à une époque où ils devraient se mouvoir seuls, ou qui se fatiguent tout de suite et se laissent tomber après avoir essayé quelques pas. On écartera alors toute idée de paralysie si, ainsi que Rilliet le remarque, on constate que les membres ne sont ni atrophiés ni froids, et que les enfants les meuvent sans peine quand on les place horizontalement.

Pronostic. — Si la paralysie essentielle de l'enfance ne compromet pas l'existence, elle n'en constitue pas moins une affection sérieuse par les désordres, par les déformations qu'elle amène à sa suite; celles-ci sont à craindre lorsque la maladie a persisté sans amélioration sensible pendant un ou deux mois. On comprend que les chances sont d'autant moindres qu'on s'éloigne davantage du début, et que les muscles ont subi une atrophie d'autant plus considérable. On comprend, ainsi que M. Duchenne nous l'a appris, que l'électricité pourra éclairer le pronostic, car suivant que la sensibilité et la contractilité musculaires électriques seront conservées, diminuées ou éteintes, on jugera du degré d'altération subi par le muscle.

Causes. — On a généralement considéré la paralysie essentielle de l'enfance comme ayant son maximum de fréquence dans les deux premières années. Souvent primitive, tantôt secondaire, elle se déclare, dans ce dernier cas, chez les enfants qui ont eu une dentition laborieuse. Fréquemment on ne peut découvrir l'action d'aucune cause déterminante; mais lorsque la maladie a été provoquée, elle a paru l'être surtout par suite de l'impression du froid.

Anatomie pathologique. — Elle a donné des résultats très-contradictoires. Le plus souvent on n'a constaté aucune lésion; M. Laborde a vu deux fois les cordons antérieurs altérés. Mais ces faits sont insuffisants. Les autopsies ont été pratiquées à une époque trop éloignée du début. Pour être concluantes, il faudrait connaître l'état des organes dès les premiers temps de la paralysie, afin qu'on ne pût objecter que ces lésions pourraient être consécutives. Quoi qu'il en soit, en ayant égard à la marche de l'affection, à ses effets, il est difficile de ne pas admettre une lésion de nature encore inconnue et siégeant peut-être toujours dans un point de la moelle épinière. S'il en était ainsi, la maladie devrait perdre la place que nous lui avons provisoirement assignée.

Traitement. — Le traitement de la première période, ou de la période aiguë, est encore mal défini. S'il y a de la fièvre et des accidents cérébraux, les révulsifs à la peau et sur le tube digestif, le calomel à doses fractionnées et quelques bains pourront convenir.

Si la maladie a passé à la chronicité, si la nutrition des muscles s'altère, il faut, indépendamment des moyens hygiéniques, employer une médication capable d'exciter les fonctions nutritives: tels sont les bains sulfureux, salés, aromatiques, les frictions stimulantes et les préparations de noix vomiques à l'intérieur. Rilliet n'avait pas grande confiance dans l'emploi de l'électricité; cependant E. Duchenne a démontré qu'elle pouvait être utile. Ce médecin distingué affirme que la guérison a été obtenue rapidement et sans déformation,

toutes les fois que la contractilité électro-musculaire était seulement diminuée, et que l'électricité a pu être appliquée peu de mois après le début. S'il s'était écoulé six mois et plus, et que les membres eussent subi une atrophie notable, les muscles pouvaient encore reprendre une partie de leur contractilité, mais l'atrophie n'était guère modifiée. Inutile de dire qu'on ne peut plus rien lorsqu'il y a eu transformation graisseuse complète, et qu'on ne pourrait agir utilement que si quelques fibres persistant encore pouvaient, sous l'influence électrique, reprendre toute leur nutrition; M. Duchenne nous a appris qu'en pareil cas il faut être persévérant, et lutter, par exemple, pendant un ou deux ans. La faradisation convenablement dirigée et à intermittences éloignées peut d'ailleurs être appliquée sans inconvénients chez les enfants les plus jeunes. Inutile de dire que dans ces cas une gymnastique dirigée d'une manière intelligente pourra rendre aussi les plus grands services en combattant la tendance atrophique des muscles.

DES PARALYSIES PARTIELLES

Les paralysies que nous avons étudiées dans les pages qui précèdent étaient assez étendues et résultaient peut-être toujours d'un trouble dans l'innervation des centres nerveux; mais il n'en est pas de même de la plupart de celles qui nous restent à étudier. Celles-ci sont localisées à un point circonscrit, à quelques muscles, ou à un seul même; ainsi ne sont-elles, le plus souvent, que l'expression d'une action morbide qui n'a agi que sur un nerf et même sur un de ses rameaux: ces paralysies sont donc fréquemment périphériques. Il importe pourtant de déclarer tout de suite que beaucoup d'entre elles, quelque circonscrites qu'elles soient, peuvent être l'effet d'une lésion matérielle des centres nerveux; c'est ce que nous dirons plus tard avec plus de détails.

DE LA PARALYSIE DU NERF DE LA TROISIÈME PAIRE, OU NERF MOTEUR OCULAIRE COMMUN

La paralysie du nerf moteur oculaire commun a pour effet de déterminer: 1° le prolapsus de la paupière supérieure, qui ne peut plus se relever, quelque effort que le malade fasse. L'œil est alors recouvert plus ou moins complètement, car l'élevateur de la paupière supérieure étant paralysé, ne peut plus contre-balancer l'action du muscle orbiculaire. 2° On observe un strabisme externe, par suite de la cessation d'action du muscle droit interne, tandis que le droit externe, animé par le nerf de la sixième paire, continue de se contracter. 3° Dans la maladie dont nous parlons, la pupille est plus ou moins dilatée et immobile, parce que la racine motrice fournie par le nerf moteur oculaire commun au ganglion ophthalmique est paralysée, ainsi que les filets ciliaires correspondants: ce fait a manqué pourtant dans un cas cité par M. Grant (de New-York); mais un rameau anastomotique insolite découvert à l'autopsie, rameau fourni au ganglion ophthalmique du nerf de la sixième paire, expliqua l'anomalie. 4° Enfin, dans la paralysie du nerf de la troisième paire, il y a abolition des mouvements de rotation alternative du globe oculaire autour de son axe antéro-postérieur. Ce fait, sur lequel M. Longet a insisté dans son ouvrage de physiologie, résulte de l'inertie du muscle oblique inférieur, inertie par suite de laquelle l'oblique supérieur, alors sans antagoniste, attire l'œil de son côté et lui fait subir une rotation permanente de bas en haut et de dehors en dedans. Pour constater cette altération de mouvements, M. Longet dit que si, faisant porter la tête alternativement vers l'une et l'autre épaule, on observe en même temps les mouvements des yeux, on reconnaît aussitôt que l'œil affecté

ne peut, comme celui du côté sain, rouler dans l'orbite en sens inverse de la tête, et qu'il suit au contraire les mouvements de celle-ci, surtout lorsqu'on la penche du côté sain.

On comprend aisément que, dans la paralysie du moteur oculaire commun, la vision soit plus ou moins affaiblie; souvent aussi il y a diplopie: c'est ce qui s'explique par la divergence des actes visuels.

La paralysie du nerf de la troisième paire peut être tout à fait spontanée ou se déclarer après un refroidissement; elle peut être l'effet de l'infection vénérienne, être la conséquence alors d'une exostose ou d'une périostose développée sur le trajet du nerf. M. Marchal (de Calvi) pense qu'elle peut survenir consécutivement à la névralgie de la cinquième paire: c'est un point curieux que ce chirurgien a cherché à élucider en 1846 dans les *Archives de médecine*. Cependant nous ne saurions encore l'admettre comme démontré; en effet, presque tous les faits invoqués par M. Marchal sont des cas compliqués, s'accompagnant certainement, pour la plupart du moins, de quelque lésion organique dans le nerf et peut-être même dans les centres nerveux.

La paralysie de la troisième paire peut être une affection parfaitement localisée et guérir définitivement; mais comme quelques-unes des autres paralysies des muscles oculaires, elle est quelquefois le point de départ d'accidents plus sérieux. M. Duchenne a prouvé, en effet, que la terrible affection à laquelle il a donné le nom d'*ataxie locomotrice progressive* avait souvent pour phénomène initial la paralysie de l'un des muscles moteurs de l'œil: sous ce rapport, le pronostic de cette affection mérite toujours d'être très-réservé.

La paralysie de la troisième paire réclame un traitement très-différent, suivant la cause qui la provoque, suivant qu'elle est essentielle ou symptomatique. C'est ainsi que lorsqu'on soupçonne une infection vénérienne, un traitement mercuriel ou avec l'iode, ou bien un traitement mixte sera institué. Dans les paralysies simples, on insistera sur quelques révulsifs, sur des vésicatoires promenés sur la tempe et le front; enfin on aura recours à l'électrisation, mais elle sera faite avec une extrême réserve, car on opère sur des parties très-sensibles et très-voisines de l'encéphale. On s'en abstiendrait d'une manière absolue si la paralysie était symptomatique d'une lésion des centres nerveux.

DE LA PARALYSIE DU NERF PATHÉTIQUE, OU NERF DE LA QUATRIÈME PAIRE

Des cas de paralysie de la quatrième paire ont été cités par M. Szokalski. M. Longet a ainsi résumé dans sa *Physiologie* les symptômes qui caractérisent cette affection: 1° La rotation de l'œil dans l'orbite est devenue impossible. On reconnaît cette impossibilité lorsque, le regard étant fixe et que faisant porter au malade la tête alternativement à droite et à gauche, on voit l'œil malade rester fixe et ne plus suivre les rotations de son congénère. 2° Il y a constamment diplopie et les deux images sont à la fois *superposées* et *inclinaées*, l'une par rapport à l'autre: l'œil malade fournit l'image oblique et inférieure; cette double vision disparaît quand on incline la tête vers le côté opposé à l'œil affecté.

DE LA PARALYSIE DU NERF DE LA CINQUIÈME PAIRE

La paralysie du nerf de la cinquième paire, beaucoup plus rare que celle du nerf de la septième, peut, comme cette dernière, être essentielle, ou, ce qui est peut-être plus commun, être symptomatique d'une altération organique. Celle-ci est tantôt primitive, tantôt elle résulte de l'extension au nerf d'une lésion des parties voisines.