

indépendant, tandis que le biceps produit à la fois la supination et la flexion. C'est donc un signe de la paralysie du court supinateur. 3° Le poignet, constamment infléchi à angle droit, ne peut être relevé par le malade, ni être mù latéralement quand il est posé sur un plan horizontal; signes de la paralysie des muscles radiaux et du cubital. 4° Le malade ne peut étendre ses premières phalanges infléchies sur les métacarpiens par le fait de la paralysie des extenseurs communs des doigts. 5° Les doigts étant ainsi infléchis dans la paume de la main, il ne peut les écarter les uns des autres. On serait autorisé à en conclure que les interosseux sont alors paralysés ou affaiblis; mais en plaçant la main sur un plan horizontal, on voit que le malade peut éloigner ou rapprocher ses doigts les uns des autres. 6° Lorsqu'on se fait serrer la main par le malade, on sent que les fléchisseurs des doigts ont très-peu de force; cependant ces muscles ne sont pas paralysés; pour le constater, il suffit de maintenir le poignet solidement relevé, pour voir alors les fléchisseurs des doigts se contracter avec énergie. La faiblesse de ces muscles n'est donc qu'apparente, elle est seulement produite par l'état de raccourcissement dans lequel ils se trouvent par la flexion du poignet consécutivement à la paralysie de ses muscles extenseurs.

M. Duchenne, à qui j'ai emprunté mot à mot la description qui précède, dit qu'à l'exploration électrique on trouve que les muscles paralysés ont conservé intacte leur contractilité électrique, et que leur sensibilité est en général augmentée. Celle-ci est au contraire intacte à la peau. Une fois seulement sur trente M. Duchenne a constaté de l'anesthésie sur la peau de la main et de l'avant-bras. Comme dans toutes les paralysies qui se prolongent, on voit, après un temps plus ou moins long, les muscles s'atrophier. M. Duchenne a noté, en outre, qu'à la longue les autres muscles de l'avant-bras et de la main, surtout les interosseux et les fléchisseurs des doigts, perdaient de leur énergie. M. Duchenne fait observer, avec raison, que cela résulte de l'inaction et du raccourcissement continus de ces muscles, puisqu'il suffit de faciliter leur exercice à l'aide d'un appareil qui soutienne le poignet et les premières phalanges dans l'extension pour voir leur force revenir rapidement. La flexion continue que la paralysie du radial force le poignet à conserver habituellement détermine en outre, assez souvent, dans l'articulation radio-carpienne, un endolorissement, une tuméfaction qui peut être attribuée à la distension des tendons extenseurs ou de leur coulisse synoviale.

Diagnostic. — La paralysie du nerf radial ressemble beaucoup à la paralysie saturnine. Celle-ci, il est vrai, affecte presque toujours les deux avant-bras; cependant nous avons dit (page 40) que dans quelques cas exceptionnels, la paralysie suite de l'intoxication plombique pouvait être localisée aux extenseurs d'un seul côté; or, en pareille circonstance, il faudrait, d'après M. Duchenne, consulter la contractilité électrique des muscles. Celle-ci, nous l'avons vu, est intacte dans la paralysie rhumatismale du nerf radial, tandis qu'elle est diminuée ou éteinte dans la paralysie saturnine. M. Duchenne ayant toujours vu dans la paralysie plombique les muscles supinateurs respectés dans leur contractilité électrique, on pourra trouver encore ici un élément de diagnostic dans les cas douteux.

Traitement. — Les frictions stimulantes, les bains sulfureux, les douches de vapeurs aromatiques, les sinapismes répétés, les vésicatoires volants, sont les principaux moyens recommandés contre la paralysie du nerf radial. M. Duchenne donne la préférence à la faradisation, qui a réussi dans les cas qui s'étaient montrés rebelles à toutes les autres médications.

PARALYSIES MUSCULAIRES PARTIELLES

On rencontre fréquemment, dans la pratique, des paralysies plus limitées encore que la plupart de celles que nous venons d'étudier; elles n'affectent guère, en effet, qu'un seul muscle. Tous les muscles du tronc et des membres ont été vus paralysés; mais il en est qui y sont plus sujets que d'autres: tels sont la plupart des muscles superficiels, plus fréquemment disposés que ceux des couches profondes à recevoir l'influence des causes qui provoquent habituellement la paralysie.

Les causes les plus habituelles sont les refroidissements, les contusions, les compressions extérieures prolongées, comme on le voit pour les membres après l'application de certains appareils de fracture.

Les paralysies musculaires partielles entraînent après elles diverses déformations; elles rendent certains mouvements difficiles ou impossibles: c'est en connaissant exactement le rôle du muscle qu'on arrive à la localisation de la maladie. On comprend que l'électricité peut éclairer le diagnostic d'une vive lumière; si, en effet, le muscle paralysé a conservé sa contractilité électrique, on pourra, en le faradisant, rétablir aussitôt l'harmonie des parties.

Les difformités que les paralysies musculaires partielles déterminent peuvent rester permanentes par l'altération que subit consécutivement la fibre musculaire, soit qu'elle s'atrophie seulement ou bien qu'elle s'infilte de graisse.

Il n'entre pas dans mon plan de décrire toutes les paralysies musculaires qu'on peut rencontrer dans la pratique. Beaucoup, donnant lieu à des difformités, rentrent dans le domaine de la chirurgie: telles sont la plupart des paralysies musculaires des membres inférieurs. J'ai d'ailleurs, dans ce volume même, en traitant des paralysies saturnines et du nerf radial, fait connaître les deux espèces de paralysies qui frappent le plus communément les extenseurs de l'avant-bras. Je veux seulement appeler l'attention sur la paralysie du diaphragme, sur celle du muscle grand dentelé; sur une paralysie atrophique signalée par M. Duchenne, et qui affecte progressivement la langue, les muscles du voile du palais et l'orbiculaire des lèvres; je terminerai par la paralysie de l'œsophage et de la vessie.

1° Paralysie du diaphragme.

Jusqu'aux travaux de M. Duchenne, la paralysie du diaphragme fut une affection peu connue, plutôt soupçonnée que diagnostiquée, et que l'on considérait comme étant encore plus immédiatement fâcheuse qu'elle ne l'est réellement.

Si le diaphragme est complètement paralysé, on voit pendant l'inspiration l'épigastre et les hypochondres *se déprimer*, tandis que la poitrine *se dilate*. Pendant l'expiration, par contre, les mouvements de ces mêmes parties se font en sens inverse, c'est-à-dire que l'abdomen *se soulève*, tandis que la poitrine *se resserre*; en même temps, la respiration est plus ou moins accélérée; l'anhélation est grande pendant la marche; le malade ne peut crier un peu fort, il ne peut soupirer, respirer largement sans suffoquer; il a la conscience que les organes abdominaux sont refoulés vers la poitrine, de sorte que, d'après la remarque de M. Duchenne, on voit ces malades s'efforcer instinctivement à diminuer le plus possible l'expansion pulmonaire. Divers actes qui exigent l'intervention du diaphragme deviennent plus pénibles: tels sont la toux, l'éternement, l'expectoration et la défécation. Le diaphragme est-il paralysé seu-

lement dans une de ses moitiés, comme il en existe des exemples, les troubles seront beaucoup moindres, et les signes si remarquables fournis par l'inspection de l'épigastre et des hypochondres n'existeront que d'un seul côté.

La paralysie du diaphragme peut être simple ou s'accompagner de l'atrophie des fibres musculaires. Si celle-ci est très-avancée, la contractilité électrique sera abolie. Dans le cas contraire, on peut, en dirigeant un courant sur le nerf phrénique pendant l'inspiration, rendre l'épigastre et les hypochondres saillants comme à l'état normal. Cela donne d'ailleurs au diagnostic un degré de certitude de plus.

La paralysie du diaphragme ne tue pas si elle est simple, car, dans les inspirations ordinaires du moins, la cage thoracique se dilate assez pour que l'hématose soit complète; il n'en est pas de même si certaines complications surviennent; c'est ainsi qu'une congestion pulmonaire, qu'une bronchite légère, qui serait presque insignifiante dans toute autre circonstance, peut être ici cause de mort par la difficulté qu'a le malade à rejeter les mucosités accumulées dans les bronches.

La paralysie du diaphragme est rare; on l'a vue survenir par le fait de l'intoxication saturnine, ou bien à la suite de certaines pleurésies diaphragmatiques. Dans l'atrophie progressive, le diaphragme peut être envahi, et cette lésion se révéler par les mêmes signes que la paralysie simple. Enfin, M. Duchenne croit que la paralysie du diaphragme peut être une des manifestations de l'hystérie.

La paralysie du diaphragme sera surtout efficacement combattue par l'électrisation. Cette méthode convient surtout dans l'atrophie graisseuse; on dirigera le courant directement sur le nerf phrénique en avant du scapène.

2° Paralysie du muscle grand dentelé.

Plus commune que la précédente, la paralysie du dentelé produit une déviation du scapulum, c'est ce qui frappe tout d'abord l'observateur.

Cet os, qui est maintenu appliqué contre la paroi thoracique par la contraction simultanée du grand dentelé et du rhomboïde, fait alors sous la peau une saillie plus ou moins considérable qui est formée par son rebord spinal et par son angle inférieur. En effet, le scapulum, tiré en dedans et en haut par le rhomboïde, en haut par l'angulaire de l'omoplate, en bas par le petit pectoral et par le poids du bras, subit un mouvement de bascule tel, que son bord interne devient oblique de bas en haut et de dedans en dehors; l'angle inférieur, n'étant plus tiré en bas et en avant par la portion inférieure du dentelé, fait sous la peau une saillie de plusieurs centimètres; il est plus rapproché du rachis, et correspond parfois à la cinquième vertèbre dorsale, tandis que celui du côté opposé peut se trouver au niveau de la septième; enfin l'angle externe ou le moignon de l'épaule est abaissé. Les malades ont plus ou moins de liberté dans les mouvements du bras et de l'épaule; mais ils ne peuvent exécuter ceux qui, pour être produits, exigent l'intervention du dentelé: ainsi l'abduction du scapulum, l'élévation du moignon de l'épaule, le mouvement de rotation de l'omoplate sur son axe, sont impossibles.

Le diagnostic de cette maladie est facile. On ne pourra pas croire que la difformité est produite par une déviation du rachis; car, par la palpation, et en suivant la direction des apophyses épineuses, on peut aisément se convaincre qu'il n'en est rien. On ne croira ni à une saillie des côtes, ni à une tumeur quelconque, parce qu'il suffit d'engager profondément la main sous

l'omoplate pour s'assurer du contraire. Enfin, ce qui ôte matière à toute chance d'erreur, c'est la possibilité qu'il y a de faire disparaître la difformité en imprimant certains mouvements au membre.

La paralysie du grand dentelé survient tantôt subitement, tantôt lentement. Elle est quelquefois précédée de douleurs rhumatoïdes dans le muscle; ailleurs l'affaiblissement progressif de celui-ci est le premier symptôme qui fixe l'attention.

Qu'elle soit complète ou incomplète, la paralysie du grand dentelé est une affection opiniâtre et souvent incurable.

Cette maladie a paru succéder quelquefois à une affection rhumatismale du muscle, ou bien elle est déterminée par l'action de l'humidité. Quelquefois, ainsi que le prouvent deux faits cités par MM. Velpeau et Jobert, la maladie a été consécutive à une contusion ou à une déchirure du nerf thoracique postérieur ou nerf respiratoire de Ch. Bell, qui, comme on le sait, se distribue en entier dans le grand dentelé. L'analogie porte même à penser que, quelle que soit la cause qui ait agi, celle-ci a dû exercer son influence, moins sur la fibre musculaire elle-même que sur le nerf qui préside à sa contraction. En général, l'affection n'atteint qu'un des dentelés. Cependant les deux muscles peuvent être frappés simultanément ou successivement, ainsi que MM. Briquet et Jobert l'ont vu l'un et l'autre dans le courant de l'année 1845.

Les principaux moyens mis en usage contre les paralysies musculaires, et surtout contre la paralysie du grand dentelé, sont, dans le cas où il existe des douleurs vives, une forte application de sangsues ou de ventouses, puis l'usage des révulsifs, tels que frictions irritantes avec l'ammoniaque, avec l'huile de croton et la pommade stibiée; on donne des douches de vapeur, simples, sulfureuses, aromatiques; on applique des vésicatoires, qu'on peut panser avec la strychnine. Dans les cas les plus rebelles, on aura recours à l'électricité, à l'électropuncture, à la cautérisation transcurrente, à l'application de cautères ou de moxas.

3° Paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres.

M. Duchenne a décrit dans ces derniers temps, comme espèce morbide, une affection paralytique qui, sans cause connue, envahit successivement les muscles de la langue, ceux du voile du palais et l'orbiculaire des lèvres; qui produit conséquemment des troubles progressifs dans l'articulation et dans la déglutition; se complique d'étouffements et se termine toujours d'une manière fatale par inanition et par syncope.

La paralysie de la langue ouvre la marche des accidents. La difficulté et bientôt l'impossibilité qu'il y a d'appliquer la pointe de l'organe derrière l'arcade dentaire supérieure, rendent la prononciation de certaines consonnes difficile ou impossible; en même temps la déglutition est de plus en plus gênée; la bouche est sans cesse humectée d'une salive visqueuse qui s'écoule au dehors parce que la langue paralysée ne peut plus servir à sa déglutition, comme il est aisé de l'expérimenter sur soi-même, si l'on maintient la pointe de l'organe appliquée derrière les incisives de la mâchoire inférieure. Enfin, la paralysie continuant ses progrès, toute déglutition d'aliments solides, comme de boisson, est tout aussi impossible que si l'on voulait avaler en tenant la bouche ouverte et la langue collée à la paroi inférieure de la bouche. On le comprend aisément, si l'on se rappelle quel rôle la langue joue dans ce temps qui précède la déglutition, lorsque la pointe de l'organe est appliquée sur la voûte palatine

et lorsque la face supérieure est disposée en plan incliné pour faciliter le glissement des aliments jusque vers l'isthme du gosier.

La paralysie des muscles du voile du palais, qui arrive bientôt, altère gravement la phonation, contribue à rendre la déglutition encore plus pénible, et permet aux liquides de revenir par les fosses nasales.

L'orbiculaire des lèvres se paralysant à son tour, les malades ne peuvent plus prononcer les lettres labiales, et en raison de la force tonique qu'ont conservée les muscles qui meuvent les commissures, la bouche s'agrandit transversalement, la lèvre supérieure se relève, laisse à nu les dents, ce qui donne à la physionomie un *air pleureur* que M. Duchenne a constaté dans tous les cas.

Ces malheureux sont sans fièvre; leur appétit est intact et d'autant plus énergique qu'ils ne peuvent le satisfaire, aussi dépérissent-ils promptement; l'intelligence est nette, ils ont des accès d'étouffement spontanés ou provoqués par les mouvements. Enfin, après une durée d'une ou trois années, la mort arrive dans le marasme; quelques-uns meurent dans une syncope, d'autres sont asphyxiés par les liquides qui pénètrent accidentellement dans les voies aériennes.

L'affection dont je viens, d'après M. Duchenne, de tracer les caractères principaux, a une physionomie qui la distingue aisément. On ne saurait la confondre avec l'atrophie progressive, car dans cette dernière maladie la langue est peut-être toujours respectée, et puis, s'il y a atrophie des muscles, nous savons qu'ils ne sont pas paralysés; il n'en est pas de même de la maladie dont je parle, dans laquelle il y a paralysie sans atrophie bien notable.

La paralysie dont il s'agit ici est une des formes les plus graves, elle a eu jusqu'à présent une issue toujours fatale. Cette affection, presque exclusive à l'âge adulte, paraît être assez commune, puisque M. Duchenne en possède déjà quinze cas; mais on ne sait rien sur son étiologie, et la thérapeutique a été jusqu'à ce jour absolument impuissante. M. Duchenne croit cependant la faradisation utile pour en retarder les progrès.

J'ai dû dire quelques mots de cette curieuse espèce de paralysie; je l'ai classée dans les névroses, non sans quelque répugnance, mais les autopsies encore peu nombreuses ont fourni des résultats fort contradictoires. Le système nerveux central et périphérique a été trouvé intact chez plusieurs, tandis que sur d'autres l'hypoglosse et même le facial étaient atrophiés.

4^o Paralysie de l'œsophage.

La paralysie de l'œsophage est rarement idiopathique; le plus souvent, en effet, elle est symptomatique d'une affection cérébrale, ou bien elle se lie à un état général grave, tel que celui qu'on observe dans certaines fièvres continues.

La paralysie peut survenir brusquement en mangeant, du moins c'est alors que les malades s'en aperçoivent. Elle peut être incomplète ou complète. Dans le premier cas, les aliments peuvent encore être ingérés avec des efforts considérables; souvent alors on remarque que les solides sont plus facilement avalés que les liquides: on s'explique d'ailleurs très-bien que le pharynx et l'œsophage se contractent mieux sur une masse solide qui leur fournit une sorte de point d'appui. Lorsque la paralysie est complète, les aliments s'arrêtant à la partie supérieure de l'œsophage, déterminent de la suffocation, et cela d'autant plus facilement que souvent quelques fragments s'introduisent dans les voies aériennes: aussi, quelle qu'en soit la cause, la paralysie de l'œsophage est une affection qui est toujours excessivement grave.

Si la paralysie est symptomatique, sa marche et sa durée sont subordonnés à celles des maladies dont elle dépend; si elle est idiopathique, elle a une marche continue et une durée longue, tout à fait indéterminée.

Cette paralysie sera combattue par les frictions excitantes et irritantes, et par l'application de vésicatoires autour du cou. On pourra panser ceux-ci avec un demi à 2 ou 3 centigrammes de strychnine, ou bien on administrera cette substance à l'intérieur; dans les cas rebelles, on pourra encore employer l'électricité.

Dans la paralysie complète, on se servira d'une sonde pour introduire dans l'estomac les aliments solides et les liquides.

5^o Paralysie de la vessie.

On dit que la vessie est paralysée lorsqu'elle cesse de pouvoir se contracter pour expulser l'urine qui s'accumule dans sa cavité.

Anatomie pathologique. — Chez les individus qui succombent avec une paralysie de vessie, on trouve ce réservoir plus ou moins distendu par l'urine. L'organe peut ne dépasser le détroit supérieur que de quelques travers de doigt ou remonter plus ou moins haut dans le ventre, et jusqu'à l'appendice xiphoïde du sternum, ainsi que Hunter l'a figuré. La quantité de liquide peut s'élever à 12 ou 20 litres et plus, comme Frank et Haller en ont cité des exemples.

Lorsque la vessie a subi une ampliation considérable, ses parois sont généralement plus ou moins amincies, ou bien elles conservent leur épaisseur normale. Il peut exister aussi dans les organes génito-urinaires des lésions diverses, dont les unes ont précédé et peut-être provoqué la paralysie vésicale, tandis que les autres ont été la suite, la conséquence de la rétention d'urine. Nous citerons, parmi les premières, les rétrécissements urétraux, l'hypertrophie partielle ou générale de la prostate; parmi les secondes, nous signalerons la dilatation des uretères, et quelquefois celle des bassinets, ainsi que des lésions inflammatoires plus ou moins graves du côté des reins.

Symptômes. Marche. — La paralysie de la vessie s'établit quelquefois brusquement; c'est ce qui arrive surtout lorsqu'elle est symptomatique d'une lésion des centres nerveux, ou lorsqu'elle se déclare dans le cours des affections graves de l'économie, ou bien encore lorsqu'elle est d'origine hystérique. La paralysie essentielle débute souvent d'une manière lente et graduelle. La vessie, de moins en moins contractile, se débarrasse avec peine et incomplètement de l'urine qu'elle contient; les malades n'expulsent le liquide qu'après de grands efforts, et en contractant les muscles abdominaux et le diaphragme. Nonobstant cela, le jet ne peut être projeté au loin; l'urine, au lieu de former une arcade, tombe entre les cuisses des malades; les dernières gouttes qui arrivent dans le canal s'écoulent même involontairement, et souillent les vêtements. Ces difficultés dans l'excrétion urinaire sont de plus en plus grandes; la quantité d'urine expulsée chaque fois va tous les jours en diminuant; il arrive un moment enfin où, la vessie ayant perdu tout ressort, il finit par y avoir une rétention complète.

La vessie, de plus en plus distendue par l'urine, s'élève alors au-dessus du pubis, remonte souvent jusqu'à l'ombilic, et parfois même jusqu'à la partie supérieure du ventre. Elle forme sur la partie médiane une tumeur globuleuse, superficielle, dont les contours se dessinent à travers la paroi abdominale, mais qu'on sent et qu'on circonscrit aisément lorsqu'on déprime avec la

paume de la main la paroi du ventre. La pression exercée sur cette tumeur est presque toujours pénible, même douloureuse pour les malades; elle réveille parfois les envies d'uriner, et peut provoquer l'expulsion de quelques gouttes d'urine. La matité de cette tumeur est complète, excepté tout à fait à son pourtour, où le voisinage des intestins fait percevoir ordinairement un son humorique. En général, la tumeur vésicale donne au toucher une sensation de rénitence, et elle est le siège d'une fluctuation évidente.

La distension de la vessie par l'urine détermine un sentiment de pesanteur et de gêne dans le ventre, quelques malades accusent d'assez vives douleurs. L'excrétion des matières fécales et des gaz peut être plus ou moins difficile en raison de la compression qui est exercée sur le rectum. Sous l'influence de quelques efforts et parfois tout à fait spontanément, on voit une certaine quantité d'urine s'écouler et amener un soulagement qui persiste pendant un temps plus ou moins long; on dit alors que les malades urinent *par regorgement*. Dans ce cas, la vessie perd seulement son *trop-plein*, comme cela aurait lieu dans un vase inerte à deux ouvertures et déjà plein, qui, recevant un excès de liquide, le perdrait tout aussitôt.

Cependant l'urine ne peut séjourner ainsi indéfiniment dans la vessie sans dommage pour l'organe lui-même et bientôt pour l'économie entière : ainsi, l'urine devenant ammoniacale et acquérant des propriétés plus irritantes, il peut en résulter, ou une cystite, ou un catarrhe vésical; nous avons dit aussi que le liquide, en refluant parfois jusque dans les uretères et dans les reins, ceux-ci pouvaient devenir le siège de lésions graves. Ces effets, pourtant, ont rarement lieu dans la paralysie simple, on ne les rencontre guère que dans les rétentions d'urine qui sont symptomatiques d'obstacles matériels à l'excrétion de ce liquide; il en est de même des phénomènes rapportés généralement à la résorption du liquide urinaire, tels que la fièvre, l'aridité de la peau, les fuliginosités de la bouche, la diarrhée, le délire, le coma, la fétidité et l'odeur urineuse des sécrétions, accidents graves qui surviennent dans les cas où la rétention d'urine est complète, et lorsqu'elle se prolonge quelque temps, soit qu'on ne puisse donner issue au liquide, soit que, le malade urinant par regorgement, la véritable cause des accidents reste méconnue.

Durée. Terminaisons. — La paralysie de la vessie a une durée variable; elle peut être tout à fait éphémère, cesser presque aussi brusquement qu'elle est venue lorsqu'elle est l'effet d'une simple fatigue, d'une distension forcée de l'organe, ou lorsqu'elle est un des nombreux accidents de l'affection hystérique; elle persiste au contraire indéfiniment, elle est ordinairement incurable, lorsque son début a été obscur, sa marche lente, et qu'elle atteint des vieillards. La paralysie qui est symptomatique d'une maladie des centres nerveux, ou qui survient dans le cours d'un état général grave, cesse communément avec les maladies qui l'ont provoquée.

Diagnostic. — La paralysie peut être méconnue quelque temps, lorsque les individus urinent par regorgement; mais il suffit de toucher le ventre pour que, d'après le siège et la forme de la tumeur qui occupe l'hypogastre, on soupçonne déjà qu'elle doit être formée par la vessie distendue par l'urine. Cependant, en pareil cas, la saillie formée par la vessie a été rapportée maintes fois à toute autre cause. François Colot, par exemple, dit que de son temps plusieurs chirurgiens ont cru alors avoir affaire à des abcès. C'est là une erreur impardonnable, car un abcès diffus des parois abdominales est nécessairement précédé d'accidents inflammatoires; la fluctuation est superficielle, et il y a de l'œdème aux téguments; tandis que la tumeur vésicale, peu ou point

douloureuse, est globuleuse et manifestement subjacente à la paroi abdominale; la fluctuation d'ailleurs y est obscure, et la pression exercée sur elle excite l'envie d'uriner, et provoque même parfois l'expulsion d'une petite quantité d'urine.

Si l'on se rappelle jusqu'à quel degré de distension se trouve parfois la vessie, on sera peu surpris d'apprendre qu'on a pu croire en pareil cas à une ascite. Cependant une erreur est impossible, car dans l'ascite on ne circonscrit pas de tumeur à l'hypogastre, la fluctuation est perçue d'un flanc à l'autre, la matité varie de place par les changements de position du tronc, et les intestins surnagent au-dessus. Dans les cas, par contre, où la tuméfaction est due à la vessie, au lieu d'une intumescence diffuse au ventre, on circonscrit aisément une tumeur globuleuse, la fluctuation est limitée, moins facile à produire que dans l'ascite; enfin la matité ne change pas sensiblement par les diverses positions qu'on imprime au tronc, les intestins sont placés non-seulement supérieurement, mais de chaque côté de la tumeur.

La vessie distendue offre plus de ressemblance avec une tumeur formée par l'utérus ou par ses annexes. Les annales de la science renferment nombre d'histoires de rétention d'urine qui ont fait croire à une grossesse, à une hydromètre ou à un kyste ovarique. Cependant dans la grossesse la tumeur est beaucoup plus dure, elle n'est pas fluctuante; à l'auscultation on peut constater le souffle placentaire et les doubles battements du cœur, du fœtus; enfin, le toucher par le vagin et par le rectum permet d'affirmer que le corps utérin est augmenté de volume. Cette même exploration révélera le siège véritable de la tumeur quand il existe une hydromètre ou un kyste ovarique. D'ailleurs, toutes les fois qu'il y a doute, il suffit de pratiquer le cathétérisme pour s'éclairer sur la véritable nature de l'affection. N'y a-t-il, en effet, qu'une paralysie de vessie, la sonde, en donnant issue au liquide, fait disparaître la tumeur.

Il importe encore de déterminer si la rétention d'urine tient à la paralysie de la vessie ou à quelque obstacle placé dans le canal de l'urèthre ou au col vésical. Le cathétérisme éclairera ici le diagnostic. S'il n'existe qu'une paralysie de vessie, on pourra introduire aisément dans cet organe des sondes de toute courbure et même des sondes droites et volumineuses. Si la prostate est assez hypertrophiée pour s'opposer à l'excrétion urinaire, le canal étant dévié, le cathétérisme offre des difficultés, et l'on ne parvient dans la vessie qu'avec une sonde fortement recourbée. Le toucher rectal fera alors découvrir le degré d'intumescence de la prostate; enfin la manière dont l'urine s'écoule par la sonde servira aussi à préciser le diagnostic. S'il n'existe en effet qu'un obstacle au col, la vessie, jouissant de sa contractilité, expulsera par un jet assez fort et continu, jusqu'à la dernière goutte, l'urine qu'elle contient. Si, par contre, le réservoir urinaire est paralysé, l'urine ne coule plus qu'en bavant, très-lentement, et l'on ne parvient à la vider tout à fait que par des pressions énergiques sur l'hypogastre.

Il importe enfin de savoir que chez la femme il faut prendre garde d'attribuer à une paralysie de la vessie une rétention d'urine produite par la compression qu'une tumeur accidentelle ou que l'utérus dévié exercent sur le col vésical. Le toucher éclairera en pareil cas le diagnostic.

Pronostic. — La paralysie vésicale qui survient subitement chez une femme hystérique, ou dans le cours d'une affection générale grave, ou bien après une fatigue de l'organe, après une distension forcée de ses parois, cède presque toujours assez promptement; il n'en est pas de même de la paralysie qui se déclare lentement, qui affecte des sujets âgés. Dans ces cas, l'affection est le

plus souvent incurable; elle constitue alors une véritable infirmité fort incommode, sans doute, mais qui compromet rarement l'existence et ne s'oppose point à la longévité des sujets.

Causes. — La paralysie de la vessie est souvent symptomatique de lésions graves des centres nerveux, surtout de la moelle; dans ce cas, l'impossibilité d'excréter l'urine peut tenir, ou à un affaiblissement de la tunique musculuse de l'organe, ou bien à la paralysie des muscles abdominaux; une fatigue de l'organe ou bien une distension excessive de ses parois peuvent être suivies d'une impossibilité dans l'excrétion urinaire: c'est ce qui eut lieu chez ce paysan dont parle Paré, qui, conduisant en croupe une jeune fille et éprouvant en route l'envie d'uriner, n'osa descendre de cheval par un sentiment de pudeur et fut pris d'une rétention complète. Mais le plus souvent il n'y a eu dans ces cas que paresse plutôt qu'une paralysie réelle; ce qui semble le prouver, c'est la rapidité avec laquelle l'accident se dissipe spontanément dans la plupart des cas.

On a regardé la paralysie essentielle comme étant à peu près exclusive aux vieillards, et l'on en a expliqué le développement chez eux par l'affaiblissement que l'âge apporte à la contractilité de la fibre musculaire. On a prétendu que les individus lymphatiques et replets, que les gens de cabinet, que les viveurs, y étaient plus exposés que d'autres; ce sont là tout autant d'assertions qui attendent leurs preuves. On a même contesté dans ces derniers temps que la paralysie fût commune chez les vieillards. M. Mercier, par exemple, a émis l'opinion que les cas de rétention d'urine qu'on attribue à une paralysie vésicale sont plutôt des exemples de rétention par suite du développement anormal de la prostate. C'est ce qui explique, d'après M. Mercier, pourquoi cette espèce de rétention se remarque presque exclusivement chez les vieillards, et pourquoi la femme, dont le col vésical est dépourvu de prostate, n'est presque jamais atteinte de l'affection dont nous parlons (1). Il y a certainement un peu d'exagération dans cette doctrine, néanmoins on ne peut s'empêcher de reconnaître que la véritable paralysie de vessie est beaucoup moins commune que ne le disait Boyer.

Traitement. — Toutes les fois que la vessie paralysée est distendue par l'urine, on doit donner issue au liquide par le cathétérisme; on répétera la même opération plusieurs fois par jour, afin que la vessie puisse plus facilement revenir sur elle-même et reprendre ses propriétés contractiles. Pour réveiller celle-ci, on a proposé en outre divers moyens. On a conseillé de produire une sorte d'ébranlement par l'application de corps froids à l'hypogastre. J. L. Petit recommandait aux malades d'approcher le vase de nuit de leurs cuisses et du scrotum; il voulait aussi qu'on urinât dans un lieu frais. M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) applique le froid d'une manière bien autrement énergique: il conseille, en effet, de mettre des compresses froides ou des vessies pleines de glace sur l'hypogastre et les cuisses, de donner des lavements froids, d'introduire même dans le rectum de petits fragments de glace, et d'administrer dans les cas rebelles des douches ascendantes froides pendant vingt à vingt-cinq minutes; mais l'expérience ne s'est pas encore prononcée sur ce point.

On a encore conseillé, pour réveiller la contractilité vésicale, d'appliquer des ventouses sèches à la partie interne des cuisses, de frictionner les lombes, l'hypogastre et le périnée avec des liniments ammoniacaux, avec la teinture de

(1) *Recherches sur une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine.* Paris, 1844.

noix vomique ou de cantharides. On a aussi parfois appliqué avec succès un ou plusieurs vésicatoires sur ces régions. L'électricité a été recommandée, et M. Michon a cité en 1849, à la Société de chirurgie, quelques cas de paralysies vésicales qui ont été guéries par ce moyen. Lorsque la paralysie tient au défaut de contractilité de la tunique musculuse, on doit porter le courant sur l'organe lui-même. Mais dans les cas où la difficulté d'excrétion de l'urine est l'effet de la paralysie des muscles abdominaux, ce qu'on reconnaît en sondant le malade et en voyant l'urine s'échapper par un jet assez fort, on pourra parfois rétablir l'excrétion urinaire en galvanisant seulement les muscles des parois abdominales.

On a proposé aussi de porter dans la vessie des substances qui puissent la tonifier et l'exciter; on a surtout préconisé dans ce but les injections d'eau froide, ou bien avec les eaux de Barèges ou de Balaruc, avec une décoction de quinquina, etc.; mais ces divers moyens sont souvent nuisibles, et il est prudent de s'en abstenir, surtout chez les vieillards.

À l'intérieur on a préconisé l'ergot de seigle, la teinture ou la poudre de cantharides, de strychnine, les toniques si le sujet est débilité.

S'il existe un catarrhe vésical concomitant, on le combattra par les moyens dont il a été parlé ailleurs. (Voyez tome I^{er}, *Catarrhe vésical.*)

QUATRIÈME GENRE DE NÉVROSES

NÉVROSES COMPLEXES

DU VERTIGE NERVEUX

Il n'est personne qui ne connaisse par expérience ce que c'est que le vertige; il n'est presque personne aussi qui ne puisse le produire à volonté en se plaçant dans certaines conditions déterminées: aussi tout le monde reconnaît-il, dans la définition que P. Frank en a donnée, une analyse assez complète du phénomène.

« Le vertige, dit ce médecin célèbre, peut être défini *un tournoiement illusoire, pénible et subit, qui semble entraîner la personne elle-même et les objets extérieurs, bien qu'ils soient en repos ou animés de leur mouvement ordinaire, et où le corps chancelle et est près de tomber.* » Il faudrait ajouter, pour être complet, que, dans quelques cas très-rares, les individus tombent.

Nous avons déjà maintes fois signalé le vertige; nous l'avons vu notamment dans les lésions diverses des méninges et du cerveau, ainsi que dans les fièvres graves; nous l'avons signalé comme un accident de deux états opposés, la pléthore, la congestion et l'anémie; nous l'avons vu et le verrons bientôt encore comme un accident sympathique provoqué par certaines souffrances de l'estomac, et nous le signalerons comme constituant une des formes d'un mal terrible, l'épilepsie, ou comme une expression de deux autres névroses complexes, la migraine et l'hystérie.

Mais il est une autre espèce de vertige existant sans lésion appréciable des centres nerveux, sans concomitance des états généraux qui le font naître souvent, ni sans aucun de ces troubles de l'estomac qui pourraient le provoquer.