

Insomnie légère. — Céphalalgie continue.

L'examen des urines ne donne ni albumine ni sucre.

Les mictions sont rares.

23 avril. — *Sous l'influence d'un courant faradique*, le grand pectoral gauche se contracte énergiquement; le deltoïde du même côté se contracte faiblement; quant aux autres muscles du bras, de l'avant-bras et de la main gauche, ils se contractent également bien. — Hyperesthésie de la jambe droite. — Les muscles de la jambe et du pied se contractent bien.

*Traitement.* — Injection de 20 gouttes de chlorhydrate de morphine.

24 avril. — Hyperesthésie de la face externe de la jambe droite, surtout au niveau de son tiers moyen. — L'électrisation est douloureuse, intolérable sur la jambe droite; supportable sur le membre thoracique droit.

25 avril. — Hyperesthésie moins prononcée de la jambe droite. — Douleur vive au niveau de la hanche droite.

*Traitement.* — Injection de chlorhydrate de morphine.

26 avril. — *Électrisation.* — Durant cette séance, la malade accuse quelques douleurs légères, en avant de la partie gauche de la poitrine et sur l'avant-bras du même côté; sur le deltoïde gauche, qui se contracte à peine, et sur le bras gauche, l'électricité est faiblement ressentie. — Sur le membre abdominal droit, l'électrisation est douloureuse, surtout sur la jambe, moins toutefois que le 24 avril.

1<sup>er</sup> mai. — Tous les deux jours, électrisation. — Tous les jours, injection de chlorhydrate de morphine sur la hanche droite.

La malade se plaint d'éprouver depuis plusieurs jours, surtout la nuit, des frissons.

11 mai. — L'électrisation est toujours pénible, surtout sur le membre abdominal droit. — Les muscles de l'épaule,

à l'exception du deltoïde, ceux du bras et de l'avant-bras se contractent toujours bien. — Malgré l'électrisation, flexion constante des orteils droits. — Points douloureux à la pression au niveau de la hanche droite et de la région dorsale (partie inférieure), calmés par les injections de chlorhydrate de morphine.

13 mai. — La malade dit avoir eu une selle sanglante.

16 mai. — Même état. — Même traitement. — Persistance des douleurs. — Électrisation intolérable à la jambe droite et sur le grand pectoral gauche.

Inappétence.

2 juin. — Depuis deux nuits, fourmillements et engourdissements dans la jambe gauche.

9 juin. — Douleurs aiguës depuis hier, partant du moignon de l'épaule gauche, suivant le trajet du nerf cubital jusqu'au petit doigt.

La jambe droite peut à peine supporter l'électrisation la plus légère.

12 juin. — Douleurs dans l'épaule et les muscles du cou à gauche. — Raideur.

10 juillet. — Faiblesse excessive, la malade ne prenant qu'un potage par jour. — Vomissements intermittents. — Quelques vertiges.

14 août. — Diarrhée très-abondante la nuit dernière, accompagnée de refroidissement des extrémités, de crampes et de vomissements. — Potion avec 4 grammes d'extrait de ratanhia. — Thé au rhum.

1<sup>er</sup> septembre. — La malade ressent une douleur dans l'épaule droite et dans le coude, et des fourmillements le long du bord cubital de l'avant-bras et jusqu'au petit doigt.

Les mouvements de ce côté sont gênés par la douleur, mais il ne paraît pas y avoir d'atrophie appréciable des muscles. — L'état du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit est toujours le même. La malade



continue à prendre des injections de morphine en augmentant les doses.

1<sup>er</sup> décembre. — La malade ressent de nouveau, depuis quinze jours, de vives douleurs dans l'épaule droite et des fourmillements dans le bras correspondant.

Les deux bras sont souvent comme engourdis.

La malade continue à manger très-peu de chose.

Elle en est arrivée à prendre 5 seringues par jour de la solution de chlorhydrate de morphine au 50<sup>e</sup>, soit 10 centigrammes.

Les positions couchée et assise sont pénibles à la malade, qui se tient debout le plus qu'elle peut.

21 décembre. — La malade n'a pas été à la selle depuis avant-hier. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

22 décembre. — La malade n'a pas été après la purgation. — Un lavement purgatif donné le soir n'a amené qu'une selle. — Scammonée, 50 centigrammes.

27 décembre. — Même état.

1877. — *Mai*. — Depuis le mois de février, c'est-à-dire depuis que les désordres gastro-intestinaux ont cessé, la malade se trouve dans l'état suivant :

Au lit, la malade est obligée de changer souvent de position, car toute attitude la fatigue; elle n'a donc pas un décubitus à elle propre; cependant, à son réveil, elle surprend souvent sa main gauche fermée sur son pouce, l'avant-bras fléchi sur le bras et le membre tout entier serré contre le corps, dont elle ne l'écarte qu'avec peine et très-incomplètement; mais il y a à faire la part de l'ankylose de l'articulation scapulo-humérale et de l'habitude de la malade de remplacer l'abduction du bras par une flexion du corps vers le côté opposé et par l'élévation de l'omoplate.

Le moignon de l'épaule gauche est moins gros que celui de l'autre côté. Il y a surtout atrophie des muscles de ce côté; cependant l'électricité fait contracter très-visiblement

les muscles de l'épaule qui ne relient pas les os soudés; mais la contraction est certainement moins forte dans ces derniers: ainsi, le faisceau antérieur du deltoïde se contracte plus énergiquement que le postérieur. Le creux sous-claviculaire du côté gauche est ainsi plus prononcé.

L'épaule droite est à peu près normale, si l'on considère que le sujet est assez maigre.

Le membre abdominal droit n'est jamais dans l'extension complète; la malade prétend que cette extension, qu'elle peut exécuter, mais non conserver, provoque de la douleur dans ce membre, surtout dans la partie supérieure de la cuisse et externe du bassin; il semble qu'elle lutte contre une rétraction du fascia lata. Cette attitude de flexion de la cuisse sur le bassin, et de la jambe sur la cuisse, explique la différence de longueur des deux membres inférieurs.

Les orteils sont fléchis en griffe, de telle sorte que leur extrémité antérieure porte sur le plan qui contient la face plantaire. Leur contracture, qui ne cède pas aux efforts de la malade, ne cède que très-peu à une influence étrangère.

La pointe du pied est abaissée; les muscles de la jambe sont impuissants à la relever, si l'on vient à suppléer à ce mouvement avec la main; la malade maintient son pied relevé une ou deux secondes; après quoi, la force musculaire épuisée, elle le laisse retomber. Les muscles de la jambe aussi bien que ceux de la cuisse répondent à un courant faradique, mais l'incitation électrique est impuissante à relever le pied, quoiqu'on aperçoive très-bien la tension des muscles fléchisseurs. Les jumeaux sont mollasses.

Les muscles de la région plantaire ne se contractent pas davantage sous l'influence électrique.

Le passage du courant faradique, partout douloureux, plus ou moins, n'éveille ici aucune sensibilité, quoiqu'elle sente aussi bien là qu'ailleurs le contact, la pression ou le frottement.



La tête est fléchie du côté droit et la face tournée en dehors de ce côté; mais la malade n'a là qu'une habitude qu'elle peut vaincre aussi facilement qu'une autre personne, aucune contraction musculaire et aucune cause articulaire n'étant en jeu.

La marche est fatigante et légèrement douloureuse.

Dans la marche, la malade se plie en avant, sans que, pour cela, elle soit entraînée malgré elle par une propulsion.

L'inégale longueur de ses membres inférieurs est une cause de claudication du reste peu accusée et de flexion du corps à droite.

Lorsqu'elle marche, la pointe du pied droit quitte à peine le sol, et le point d'appui de ce côté n'est pas la face plantaire, mais l'angle dièdre formé par cette face et la face externe du pied; la malléole externe ne porte pas. Après un peu de fatigue, c'est-à-dire au bout d'un quart d'heure, d'une demi-heure, la forme traînante de la marche et toutes ses imperfections sont plus accusées.

Quand la malade s'arrête debout, elle se tient sur le pied gauche, fléchissant plus que de coutume la jambe droite sur la cuisse, qui est dans l'abduction, pendant que la jambe est croisée sur la jambe gauche.

La malade reste très-peu assise, car il lui faut changer souvent de position, ce que cette manière permet peu.

Les douleurs reviennent moins souvent qu'autrefois et sont moins violentes; cependant tous les mouvements sont un peu douloureux; mais ce sont des douleurs sourdes dans ce cas et qui n'arrêtent nullement la malade.

C'est assez souvent un sentiment de pesanteur et de constriction, s'étendant quelquefois à tout le corps, mais plus marqué dans le bras gauche et la jambe droite; d'autres fois, c'est la sensation d'une torsion, d'un déchi-

rement occupant spécialement les masses musculaires du bras gauche, de la cuisse et de la jambe droite, ainsi que les muscles de la masse commune.

De temps à autre, il survient des fourmillements remontant de la périphérie au centre, durant de cinq minutes à un quart d'heure, rarement plus; d'autres fois, ce sont des élancements, ou même, mais assez rarement, de véritables douleurs fulgurantes venant de la racine du membre et descendant jusqu'à la périphérie, ou suivant un trajet descendant dans les muscles de la région post-vertébrale.

Enfin, dans les articulations de l'épaule et du coude gauche, de la hanche, du genou et du cou-de-pied droit, elle sent presque continuellement des douleurs assimilables à celles du rhumatisme.

Le bras droit n'a guère que de l'engourdissement.

Le membre inférieur gauche n'a de pris que le genou.

A la colonne vertébrale, c'est la colonne lombaire et la partie inférieure de la colonne dorsale qui sont atteintes de douleurs sourdes plus ou moins angoissantes, avec des douleurs fulgurantes, mais très-rarement.

La malade digère difficilement, supporte mal certains aliments, tels que la viande, les légumes secs; elle se nourrit d'œufs, de lait, de fromage, de bouillon et de fruits. Les digestions sont accompagnées d'un sentiment de pesanteur longtemps après les repas; cependant, depuis ces trois derniers mois, elle a très-peu de nausées et peut-être quatre ou cinq vomissements, ainsi que trois ou quatre fois de petites diarrhées.

La malade a assez souvent des éblouissements qui ne durent guère que deux ou trois secondes; c'est surtout lorsqu'elle est debout qu'ils surviennent; alors la malade se penche à droite et rétablit son équilibre sans tomber. Elle voit passer des nuages devant ses yeux, voit des points.



lumineux, qui disparaissent aussitôt; tension égale dans les deux yeux. Il lui arrive aussi d'avoir de la diplopie quand elle est fatiguée, mais ce symptôme ne dure pas.

Très-souvent, bourdonnements d'oreilles.

Presque toujours céphalalgie.

Au commencement du mois de juin, la malade est envoyée à la Salpêtrière, comme incurable.

#### ARTICLE TROISIÈME

##### Paralysie atrophique de l'enfance.

Les considérations exposées dans l'article précédent, concernant les atrophies musculaires, me dispensent d'entrer dans de longs détails à propos du cas de paralysie atrophique de l'enfance, dont l'histoire clinique est relatée plus loin.

On sait comment débute l'affection. A sa première période, sans phénomènes prémonitoires antérieurs, les malades sont pris d'une fièvre intense, plus ou moins rémittente. Cette période fébrile, souvent de courte durée, est encore caractérisée par des douleurs plus ou moins aiguës dans la région vertébrale; en même temps, des crampes douloureuses surviennent dans les masses musculaires des membres; quelquefois, ces crampes se reproduisent longtemps après la disparition de la fièvre.

Cette première période est suivie à bref délai d'une seconde période, dite de paralysie. En effet, cette période est essentiellement caractérisée par une paralysie, généralement à peu près complète, des masses musculaires atteintes. Bientôt, au bout de quelques jours, se dessine le symptôme capital de l'affection, l'abolition de la contractilité musculaire, suivie de l'atrophie des muscles. Mais déjà on a pu constater que quelques-uns des muscles

paralysés les premiers jours tendent à reprendre et reprennent leur fonctionnement. L'atrophie musculaire constitue la troisième période de l'affection. Tous les muscles qui commencent à s'atrophier ne sont pas d'ailleurs destinés à se détruire. Parmi les muscles frappés de paralysie et d'atrophie, il en est qui le sont définitivement; d'autres, au contraire, reviennent plus ou moins rapidement à leur volume normal, en récupérant leur fonctionnement physiologique; alors l'affection est définitivement constituée; elle est une infirmité, elle ne progresse plus, elle reste stationnaire, à moins que, par un traitement approprié et longuement continué, l'on n'arrive à rendre plus ou moins complètement à quelques muscles leurs propriétés physiologiques, comme chez la malade de l'observation CXLVIII.

Dans la paralysie atrophique de l'enfance, — et c'est précisément ce caractère qui la rapproche des autres atrophies musculaires, de l'atrophie musculaire progressive en particulier, — il y a toujours destruction des cellules nerveuses des cornes antérieures, dans une étendue plus ou moins grande de la substance grise de la moelle épinière (le premier fait publié appartient à MM. Vulpian et Prévost); quelquefois, la région envahie dans la moelle est très-petite, comme dans le cas publié par MM. Prévost et David. Dans ce fait, l'atrophie était limitée aux muscles de l'éminence thénar. Mais ce qui différencie radicalement la paralysie atrophique de l'enfance de l'atrophie musculaire progressive, c'est ce point capital, indiqué plus haut: dans l'atrophie musculaire progressive, la lésion de la moelle progresse fatalement; dans la paralysie atrophique de l'enfance, c'est d'ordinaire une lésion morte, un fait accompli. Il ne faut pas oublier cependant que la lésion limitée de la moelle peut être le point de départ du processus de l'atrophie musculaire progressive (observations citées dans l'article deuxième). Ce qui distingue encore la para-