

réten tion d'urine, quoique, souvent, le malade urine par regorgement (paralysie de la vessie); la paralysie de l'intestin, paralysie plus ou moins étendue suivant la hauteur du siège de la lésion médullaire, se traduit par de la constipation et du météorisme.

Mais, fait remarquable, vient-on à exciter les membres inférieurs, on les voit se contracter, s'agiter de diverses façons sans que le malade puisse réprimer ces mouvements, ce sont là des *mouvements réflexes*: or, pour que ces mouvements se produisent, il faut que la lésion qui cause la paraplégie n'affecte qu'une certaine étendue de la moelle et qu'il y ait au-dessous d'elle un segment de moelle saine. Si la moelle est complètement désorganisée depuis le siège de la lésion jusqu'à sa queue de cheval, les mouvements réflexes ne se produisent pas¹. Trois réflexes surtout méritent de fixer l'attention du clinicien :

1° Le réflexe rotulien : mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse en percutant le tendon rotulien ;

2° Le réflexe plantaire : qu'on obtient en chatouillant la plante du pied, ce qui amène un retrait de la partie excitée.

1. On sait que, normalement, la moelle possède la propriété de transformer les impressions en mouvements ; mais cette propriété ne devient manifeste que lorsque le segment inférieur de la moelle se trouve, par une section ou une lésion, complètement séparé de l'encéphale : alors, en effet, là l'impression arrive par un nerf sensible à la moelle, elle ne peut monter jusqu'au cerveau puisque la moelle est coupée ou altérée, le malade n'en a donc pas conscience ; mais elle agit sur les nerfs moteurs et détermine des mouvements, ce sont des mouvements réflexes ; si le nerf sensible irrité, aboutit à un segment de moelle altéré, il ne peut réagir sur le nerf moteur, il n'y a alors dans les muscles paralysés aucun mouvement, ni volontaire, ni réflexe.

On peut donc établir que : — 1° Les mouvements réflexes révèlent une altération limitée à une certaine étendue de la longueur de la moelle et l'intégrité du segment de la moelle situé au-dessous de cette lésion ; — 2° L'abolition des mouvements réflexes révèle la désorganisation du segment inférieur de la moelle.

Tout ce que nous venons de dire sur les mouvements réflexes s'applique à la contractilité électrique.

3° L'épilepsie spinale, sorte de trémulation se produisant dans les muscles du mollet quand on relève brusquement la pointe du pied. Ce phénomène coexiste généralement avec une exagération du réflexe rotulien.

Les membres paralysés présentent des troubles divers de la sensibilité : tantôt elle est perdue, tantôt elle est exaltée ; parfois il existe de l'*anesthésie douloureuse*, c'est-à-dire des douleurs spontanées dans les points où une exploration attentive a fait constater une anesthésie complète. Outre ces irradiations douloureuses dans les membres inférieurs, il existe parfois des *douleurs en ceinture* correspondant toujours, par leur siège, à la limite supérieure de la paralysie.

Marche. — Extrêmement variable : certaines paraplégies s'effacent rapidement, tout à coup et d'une façon complète (paraplégies hystériques) ; dans d'autres cas, la guérison est lente et incomplète ; souvent la paraplégie persiste indéfiniment.

Dans ce dernier cas on observe fréquemment — des *contractures* en rapport avec la dégénérescence scléreuse de la moelle ; — la *disparition graduelle des mouvements réflexes* et de la contractilité électrique, indiquant la désorganisation du segment inférieur de la moelle sous-jacent à la lésion primitive. De plus, les membres inférieurs s'atrophient, s'œdématisent ; leur température s'abaisse, la peau devient sèche, squameuse, et le *malade succombe*, souvent emporté par les désordres de la miction, le catarrhe vésical, par les eschares au sacrum, etc., ou bien par une myélite, etc.

Sémiotique. — Après avoir, grâce aux caractères que nous venons d'exposer, constaté l'existence d'une paraplégie, vous devez déterminer les conditions qui lui ont donné naissance, c'est-à-dire reconnaître si elle se rattache à un *traumatisme*, à un *mal de Pott*, à une *myélite aiguë* ou chronique, à une *tumeur rachidienne*.

Voici à quels signes vous reconnaîtrez que la paraplégie se rattache :

1° A un *traumatisme*. — Si la paraplégie est survenue à la suite d'une violence extérieure, la simple connaissance de ce fait vous

permet d'affirmer qu'elle est due : — soit à une *fracture du rachis*, avec déplacement d'un fragment qui comprime la moelle, ce que vous fera reconnaître l'exploration très prudente du rachis ; — soit à une *luxation des vertèbres* dont le diagnostic est souvent très facile ; — soit à une *plaie de la moelle* ; — soit à une *commotion de la moelle* que l'on ne tarde pas à reconnaître, grâce à la disparition rapide des accidents ; — soit à un *épanchement de sang* dans le canal rachidien dont on peut reconnaître l'existence par la ponction lombaire.

2° *A un mal de Pott*. — La paraplégie, liée au mal de Pott, est précédée de douleurs sur le trajet de la colonne vertébrale, douleurs continues ou intermittentes, circonscrites ou en ceinture, mais s'exaspérant par la pression des vertèbres malades. Souvent il existe une *gibbosité*, des *abcès par congestion*. Le malade est pâle, anémié, miné par la fièvre hectique, par les tubercules pulmonaires, etc.

3° *A une myélite*. — Les diverses formes des myélites engendrent la paraplégie ; nous allons étudier successivement les myélites aiguës et chroniques.

La *myélite aiguë* est habituellement occasionnée par les plaies de la moelle ou les lésions des vertèbres ; mais, dans des cas rares, on la voit survenir sans cause bien appréciable (variations brusques de température, excès de coït, infections, etc.). Quoi qu'il en soit de son origine, elle se traduit par de la fièvre, des douleurs vives, qui, du segment de moelle enflammée, s'irradient en divers sens, de la paraplégie, des convulsions, des contractures surtout fréquentes lorsque les méninges sont en jeu, des fourmillements, de l'anesthésie douloureuse, des troubles nutritifs, etc. ; elle tue en quelques jours ; par exception elle peut guérir, mais les parties détruites ne se réparent pas, et la paraplégie est définitive.

Dans certains cas, vous voyez la paralysie s'élever chaque jour vers la région cervicale, jusqu'à ce que, arrivée au bulbe, elle emporte le malade ; c'est ce qu'on observe notamment dans la paralysie ascendante aiguë, décrite par Landry (*maladie de Landry*), mais dont l'origine médullaire n'est pas bien démontrée.

La *paralysie infantile* se reconnaît à l'âge du malade, à l'invasion brusque des phénomènes et à leur rétrocession rapide, la maladie se localisant presque toujours dans un membre.

La *myélite chronique* ou *sclérose de la moelle* engendre la paraplégie lorsqu'elle frappe les cordons antéro-latéraux, tandis que la sclérose des cordons postérieurs se borne à détruire la coordination du mouvement, c'est-à-dire à produire l'ataxie.

Vous aurez lieu de rapporter la paraplégie à une myélite chronique lorsqu'elle s'est produite très graduellement chez une personne de vingt à quarante-cinq ans, qui a pu éprouver, au début, des raideurs, crampes, contractures, mais chez laquelle, fait dominant, la paraplégie a mis plusieurs années à se produire et a commencé par un affaiblissement progressif¹.

4° *A une tumeur*. — Il est toujours fort difficile de diagnostiquer l'existence d'une tumeur intra-rachidienne ; cependant il est des cas où elle se révèle par des caractères assez significatifs. Voici, je suppose, une femme atteinte d'un cancer au sein ; elle commence à souffrir de la région lombaire et une paraplégie se développe rapidement : vous pouvez presque affirmer qu'un *cancer* s'est produit dans le corps des vertèbres lombaires. Voici, encore, un individu syphilitique, atteint de paraplégie, vous donnez du mercure et de l'iodure de potassium, la paraplégie s'amende et disparaît : il est fort probable qu'il existait une *gomme* ou une *exostose* comprimant la moelle².

5° Les paraplégies liées à des *empoisonnements* se reconnaissent aux phénomènes qui les accompagnent et aux circonstances dans lesquelles elles surviennent ; il en est de même de celles que l'on peut observer dans le cours ou à la suite des *fièvres graves*, ou par action réflexe dans le cours des *maladies vésicales* de longue durée, des affections vermineuses de l'intestin, des diarrhées.

6° Dans la paraplégie hystérique, le sujet s'observe involontairement et tombe délicatement, tandis que dans la paraplégie organique, le sujet, abandonné à lui-même, tombe lourdement et se contusionne.

= Il sera souvent utile d'avoir recours à la ponction lombaire (v. p. 528).

Traitement. — La paraplégie étant le symptôme de lésions médullaires engendrées par des causes très diverses, les indications thérapeutiques sont fournies par la nature de la cause et non par la paralysie elle-même.

1. Sans ataxie, ni trouble de la vue, de l'ouïe, à moins que la sclérose ne frappe en même temps les cordons postérieurs.

2. En dehors de ces cas, tout n'est qu'hypothèse, car à quel signe reconnaître que la paraplégie est produite par un sarcome, par des tubercules, etc. ? A moins que des tumeurs semblables n'existent dans des régions accessibles à l'examen, on ne peut se hasarder à formuler un pareil diagnostic.

Cependant la paraplégie réclame des soins hygiéniques spéciaux. Il faut empêcher la stagnation de l'urine dans la vessie, prévenir la formation des eschares au sacrum : on y arrive en sondant aseptiquement le malade avec des sondes en caoutchouc, en le plaçant sur un matelas à eau ou à air, en changeant souvent sa position, etc.

PARALYSIES PARTIELLES.

Une paralysie est dite partielle lorsqu'elle est limitée à un muscle, à un organe, à un viscère, à un membre, à un groupe de muscles ¹.

Pathogénie. — Les causes des paralysies partielles se groupent dans trois catégories : — 1^o *Paralysies organiques* produites par la compression, la destruction, l'inflammation ou la dégénérescence quelconque d'un nerf, d'un groupe de nerfs, ou d'une partie restreinte des centres nerveux (cellules des cornes antérieures de la moelle) ; — 2^o *Paralysies dyscrasiques*, auxquelles on peut rattacher certaines paralysies, survenues au cours d'intoxications aiguës (oxyde de carbone, plomb, alcool, arsenic, ergot de seigle) ou d'auto-intoxications (diabète, urémie) ; — 3^o *Paralysies fonctionnelles*, liées soit à l'impression du froid, soit à l'hystérie. Cependant, d'après Neumann, le froid ne serait ici qu'une cause provocatrice ; il se bornerait à réveiller la prédisposition nerveuse héréditaire.

Division. — La meilleure manière d'étudier les paralysies partielles consiste à les envisager chacune en particulier, en consacrant ensuite des descriptions spéciales aux paralysies partielles de nature diphtéritique, saturnine et hystérique, dont la clinique offre de fréquents exemples.

1. Ex. : Paralysies de l'orbiculaire, du releveur des paupières, du nerf optique, acoustique, de la vessie, du bras, de la jambe, des muscles extenseurs de l'avant-bras, des muscles de la face, du voile du palais, etc.

Nous allons donc successivement passer en revue les paralysies : — A. des muscles de l'œil ; — B. de la face ; — C. des nerfs de sensibilité spéciale (optique, acoustique, olfactif) ; — D. du voile du palais ; — E. des muscles du larynx ; — F. la paralysie labio-glosso-pharyngée, les paralysies infantiles ; — G. les paralysies viscérales ; — H. les paralysies diphtéritiques ; — I. saturnines ; — J. hystériques, liées à des névroses.

A. PARALYSIE DES MUSCLES DE L'ŒIL ¹. — Trois nerfs président aux contractions des muscles de l'œil : ce sont les nerfs de la troisième paire (moteur oculaire commun), de la quatrième paire (moteur oculaire externe), de la sixième (nerf pathétique).

Si tous les muscles de l'œil étaient paralysés, il faudrait diagnostiquer une lésion simultanée de ces trois nerfs, ce qui est fort rare ; d'ordinaire, la paralysie est localisée.

1^o Si la paupière est abaissée, l'œil dévié en dehors, et la pupille dilatée, la lésion porte sur le *nerf de la troisième paire*, car ce nerf commande au releveur de la paupière, au muscle droit interne et au sphincter interne de l'iris ².

2^o Si l'œil est dévié en dedans, la lésion porte sur le *nerf de la sixième paire*, car ce nerf anime le muscle droit externe, sa paralysie permet au muscle droit interne d'attirer l'œil en dedans.

3^o La paralysie du *nerf de la quatrième paire*, qui anime le muscle grand oblique, est rare et mal connue : l'œil malade regarde en haut et en dedans, et il se produit de la diplopie lorsque le regard se porte en bas.

— La paralysie de la troisième paire est donc de beaucoup la plus ordinaire. Il faut rechercher si elle se rattache à l'impression du froid, à l'existence d'une tumeur, syphilitique ou autre, comprimant le nerf, à la sclérose. On sait que ces paralysies sont très fréquentes dans le cours de l'ataxie locomotrice, etc.

B. PARALYSIE FACIALE. — Voici un individu dont la moitié de la face est immobile, sans rides, entraînée en bloc vers le côté sain ; son œil est largement ouvert ; souvent la paupière inférieure est renversée en dehors et les larmes coulent sur la joue ; l'aile du nez est

1. Pour plus de détails, voy. *Paralysie des muscles de l'œil* dans ma *Pathologie chirurgicale*, 5^e édition, tome I, p. 906.

2. Il commande encore aux droits supérieur et inférieur et au petit oblique ; il existe de la diplopie, etc.

flasque et se rapproche de la cloison pendant l'inspiration ; la joue, semblable à un voile inerte, se soulève passivement au moment de l'expiration ; la bouche est entraînée du côté sain ; la commissure labiale, abaissée du côté paralysé, laisse échapper la salive et les aliments. Cet individu est atteint d'une *paralysie faciale*.

Recherchez si cette paralysie est produite par l'action du froid sur le nerf facial, ou si elle tient à une lésion organique du nerf (lésion traumatique, compression par une tumeur de la base du crâne, de la parotide), à une fracture, à une carie du rocher, etc. N'oubliez pas les caractères particuliers des paralysies d'origine corticale, qui généralement épargnent l'orbiculaire des paupières.

Les paralysies faciales des nouveau-nés reconnaissent le plus souvent pour cause un traumatisme obstétrical ou une compression du nerf de la septième paire par les os du bassin. Il existe cependant un certain nombre de cas où ces paralysies sont dues à un arrêt de développement du système nerveux, portant tantôt sur les noyaux et tantôt sur la portion périphérique du nerf.

D. La PARALYSIE DU VOILE DU PALAIS se traduit par la flaccidité et la chute en avant de cet organe. Si la paralysie ne frappe que la moitié du voile, il y a asymétrie frappante, la luette est entraînée vers le côté sain et, pendant la déglutition, la moitié paralysée reste flasque et inerte, tandis que l'autre moitié se resserre. De plus, la voix est nasonnée, les aliments et surtout les boissons refluent par les fosses nasales.

Cette paralysie accompagne les hémiplegies, ou bien elle est isolée et s'observe dans la convalescence de la *diphtérie*, d'une angine ordinaire ou de toute autre maladie aiguë ou chronique.

La *paralysie du pharynx*, qui survient dans les mêmes conditions, se traduit également par de la dysphagie, par le reflux des liquides dans les fosses nasales, par un bruit de gargouillement et de violentes quintes de toux dues à l'introduction d'une partie du liquide dans les voies aériennes.

E. La PARALYSIE DES MUSCLES DU LARYNX sera étudiée dans l'article consacré à l'*Aphonie*.

F. La PARALYSIE ESSENTIELLE DE L'ENFANCE, la PARALYSIE LABIO-GLOSSO-PHARYNGÉE, L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE, peuvent être groupées, avec Charcot, sous le nom de MYOPARALYSIES D'ORIGINE SPINALE, car elles se rattachent à une *myélite des cornes antérieures*

rieures de la moelle (substance grise antérieure, Vulpian et Prévost).

Voici à quels signes on les reconnaît : — 1° *Paralysie infantile* : une paralysie circonscrite survenue presque toujours bruyamment chez un enfant, à la suite d'un accès de fièvre, avec ou sans convulsions, paralysie qui, souvent généralisée au début, ne tarde pas à se localiser et s'accompagne de l'atrophie des régions malades : voilà la paralysie infantile¹.

2° *L'atrophie musculaire progressive* débute généralement par les petits muscles de la main : les régions thénar, hypothénar et les espaces interosseux présentent une maigreur qui contraste avec le bon état des parties voisines ; souvent les altérations sont symétriques. Il existe une faiblesse proportionnée à l'étendue de la destruction musculaire.

La maladie progresse, elle frappe l'avant-bras, le bras, les membres inférieurs, et enfin les muscles du tronc ; il en résulte des difficultés dans la miction, la défécation et la respiration, difficultés souvent mortelles.

3° La *paralysie labio-glosso-pharyngée* se rattache à la destruction des cellules motrices du bulbe. Ainsi que son nom l'indique, la paralysie frappe les muscles de la langue, de l'orbiculaire des lèvres et du voile du palais, plus tard ceux de la glotte : il en résulte dans l'articulation des mots, dans la déglutition, et en dernier lieu dans la respiration, des troubles divers auxquels le malade finit par succomber.

G. PARALYSIES VISCÉRALES. — 1° La *paralysie de l'œsophage* n'est pas très rare chez les aliénés : on voit ces malheureux avaler des aliments solides qui, au lieu de descendre dans l'estomac, s'accumulent dans l'œsophage, dans le pharynx où on peut les sentir avec le doigt, et qui, si l'on n'y avise, déterminent l'asphyxie.

2° La *paralysie de l'estomac* est fort rare ; on peut en soupçonner l'existence dans les cas où un cancer du pylore obstruant cet orifice, l'estomac se laisse distendre énormément par les aliments et les gaz, sans les rendre par vomissement².

3° La *paralysie de la vessie* s'observe d'abord dans les affections

1. Pour plus de détails, voy. ma *Pathologie interne*, 4^e édition, p. 330.

2. On peut, avec Bérard, attribuer cette paralysie à la surdistension du viscère dont les limites d'élasticité ont été dépassées.

de la moelle et du cerveau (voy. *Hémiplégie et Paraplégie*) ; elle n'est pas très rare chez les femmes hystériques ¹.

Enfin elle est souvent la conséquence de la surdistension du vis-cère par stagnation de l'urine dans les maladies de la prostate.

Cette paralysie se traduit par la rétention d'urine, puis par l'incontinence, c'est-à-dire que le trop-plein s'échappe involontairement et goutte à goutte ².

4° La paralysie de l'intestin et du rectum, déterminée également, soit par une lésion des centres nerveux, soit par un obstacle au cours des matières, se traduit par de la constipation et du météorisme.

5° La paralysie du diaphragme s'observe, soit dans les maladies de la portion cervicale de la moelle, soit dans les lésions du nerf phrénique ; elle se traduit par une dépression de l'épigastre et des hypochondres au moment de l'inspiration ; si la paralysie est unilatérale, la dépression n'a lieu que d'un côté, l'autre se soulève comme à l'état normal ³.

H. PARALYSIES DIPHTÉRIQUES. — Les paralysies partielles sont très fréquentes pendant la convalescence de la diphtérie (angine et croup) ; on les observe dans le quart ou le sixième des cas. Elles surviennent au bout de deux ou trois semaines, lorsque l'état général commence à devenir satisfaisant ; elles peuvent se produire dans les cas légers comme dans les plus graves.

Le voile du palais et le pharynx sont atteints les premiers et souvent seuls : les malades n'osent, les boissons refluent par le nez, la déglutition est difficile.

La paralysie peut d'ailleurs atteindre la plupart des muscles : muscles des membres supérieurs, inférieurs, muscles de la nuque, vessie, rectum, etc. Elle peut entraîner des troubles de la vision ⁴.

1. Dans le service d'Empis, j'ai vu à la fois trois femmes hystériques atteintes de paralysies vésicales, paralysies que nous traitons par l'électricité, un des pôles appliqué sur la surface interne de la vessie, l'autre sur la paroi abdominale.

2. Dans ces circonstances, sondez le malade, vous retirerez une grande quantité d'urine.

3. A l'état normal, ces régions se soulèvent pendant l'inspiration, puisque, en ce moment, le diaphragme se contracte et refoule les viscères abdominaux.

4. Désordres de l'accommodation par paralysie des muscles ciliaires, strabisme et diplopie, mydriase permanente, etc.

Les troubles de l'ouïe et du goût, de la coordination des mouvements sont beaucoup plus rares.

Les paralysies diphtéritiques sont rarement complètes ; elles peuvent frapper isolément ou simultanément la sensibilité (*analgesie et anesthésie*) et le mouvement.

La guérison est leur terminaison habituelle ; cependant, lorsqu'elles atteignent les muscles respiratoires, elles peuvent tuer par asphyxie.

Leur pathogénie était autrefois très obscure : Trousseau les attribuait à une action toxique spéciale à la diphtérie ; d'autres à des phénomènes réflexes, à des lésions nerveuses. Gubler à une amyosthénie ou faiblesse musculaire qui n'aurait rien de spécial à la diphtérie, et qui résulterait simplement de la convalescence. On sait aujourd'hui que les paralysies sont dues à un poison spécial que Roux et Yersin ont trouvé dans les cultures du bacille de la diphtérie et avec lequel ils ont pu, chez l'animal, reproduire des paralysies, plus ou moins analogues à celle qu'on observe chez l'homme (v. t. I, p. 178).

Diagnostic. — La physionomie des paralysies diphtéritiques ne ressemble nullement à celle des paralysies organiques. En tout cas, le diagnostic sera surtout établi par l'apparition de la paralysie durant la convalescence d'une maladie diphtéritique (angine ou croup).

Ces paralysies s'effacent spontanément.

I. PARALYSIES SATURNINES. — Les paralysies partielles sont fréquentes chez les saturnins ¹ (environ deux fois sur quatorze saturnins). La perte du mouvement n'est pas instantanée ; elle est précédée de lassitude, fourmillement, engourdissement, crampes et tremblement dans les parties qui vont être atteintes.

Ces paralysies ont une prédilection marquée pour les muscles extenseurs du membre supérieur et surtout de l'avant-bras, et elles

1. Ouvriers qui travaillent le plomb, la céruse ; personnes qui habitent des appartements fraîchement peints. Le plomb peut agir de diverses manières pour produire la paralysie : il peut déterminer une lésion des cornes antérieures de la moelle (Raymond), agir directement sur les rameaux intramusculaires des nerfs (Hubel) et surtout produire des névrites périphériques (névrites segmentaires péri-axiales de Gombault).

sont habituellement *symétriques*¹ ; le poignet et les doigts sont fléchis, la main ne se ferme qu'incomplètement et la *contractilité électrique* des muscles paralysés s'efface très rapidement. A la longue, les muscles s'atrophient. La durée de la paralysie saturnine est indéterminée, la guérison est complète ou incomplète².

Vous reconnaîtrez qu'une paralysie est de nature saturnine à ses caractères, à sa localisation si remarquable dans les muscles extenseurs, à sa symétrie, à l'état saturnin du sujet (coliques, liséré noirâtre sur les gencives, profession du malade, etc.).

L'électricité, employée sous forme de courants induits constitue le meilleur traitement des paralysies saturnines ; il faut y associer le traitement général de l'intoxication saturnine³.

J. PARALYSIES HYSTÉRIQUES. — Les paralysies sont fréquentes chez les hystériques (femmes ou hommes).

Elles sont remarquables par la brusquerie de leur invasion, qui est généralement consécutive à une commotion psychique, elle-même souvent occasionnée par un traumatisme. Elles sont parfois précédées d'un ictus apoplectiforme.

Tantôt ce sont des hémiplegies, tantôt des paraplégies, très fréquemment des monoplégies accompagnées d'anesthésie et d'analgésie : les troubles de la sensibilité sont alors circonscrits au segment du corps atteint, et subordonnés à sa configuration extérieure, au lieu de suivre la distribution anatomique des nerfs.

Ces diverses paralysies peuvent être compliquées de contractures, mais elles ne s'accompagnent pas de troubles de la contractilité faradique et ne présentent jamais la réaction de dégénérescence.

1. De plus, parmi les muscles paralysés, il en est qui restent indemnes ; tel est, par exemple, le long supinateur dont l'intégrité est, pour Duchenne, un caractère de diagnostic entre la paralysie radiale à frigore et la paralysie saturnine.

2. C'est à la paralysie des muscles extenseurs que l'on peut rattacher cette tuméfaction indolente de la face dorsale du poignet, qui accompagne la paralysie, disparaît avec elle, et qui a été désignée sous le nom de *tumeur dorsale du poignet*. Charcot l'a rattachée à la goutte saturnine.

3. Grâce à l'électricité, j'ai vu à la Charité (pendant mon internat chez Empis) où, en raison de l'antique réputation du traitement dit de la Charité, tous les saturnins de Paris se donnent rendez-vous, j'ai vu, dis-je, la plupart de ces paralysies s'améliorer et se guérir (Voy. *Intoxication saturnine* dans ma *Pathologie interne*, 1^{re} édition, p. 622).

Elles peuvent disparaître aussi soudainement qu'elles sont apparues, soit spontanément sous l'influence d'une vive émotion, soit par suite de l'intervention d'un médecin ayant recours à l'une quelconque des nombreuses pratiques de suggestion.

La nature hystérique d'une paralysie se reconnaît aux caractères que nous venons d'exposer, à l'absence des symptômes qui forment le cortège habituel des paralysies organiques, et à l'existence d'autres manifestations hystériques¹ (rétrécissement du champ visuel, boule hystérique, pleurs faciles, névralgies diverses, crampes de l'estomac, attaques de nerfs, etc.).

— Des paralysies peuvent s'observer dans d'autres *névroses*, dans la *chorée*, l'*épilepsie*, ou dans des maladies infectieuses à localisation principale sur le système nerveux, telles que le tétanos, la rage, etc., mais elles n'en constituent pas un symptôme assez important pour mériter autre chose qu'une simple mention ; nous renvoyons donc à la description de ces maladies.

CONVULSIONS.

Les convulsions consistent en une augmentation morbide, en une perversion, par excès, de l'activité musculaire ; elles sont donc l'opposé des paralysies.

Variétés. — Les convulsions peuvent frapper les muscles à fibres lisses ou de la vie organique — dans ce cas elles prennent le nom de *spasmes* (spasmes de l'œsophage, de l'estomac) — et les muscles striés ou de la vie de relation ; le nom de *convulsions* leur est alors appliqué.

Les convulsions sont : — 1^o *toniques*, lorsqu'elles donnent à la partie affectée une position immobile, une raideur presque continue, interrompue seulement par quelques rares secousses inégales ; — 2^o *cloniques*, lorsqu'elles lui impriment une succession de secousses plus ou moins étendues².

Ces deux formes de convulsions ne diffèrent d'ailleurs que

1. Voy. *Hystérie* dans ma *Pathologie interne*, 4^e édition, p. 366.
2. Les convulsions toniques sont souvent désignées sous les noms de *contractures* et de *crampes*, de telle sorte que le mot de convulsion employé seul désigne habituellement, en clinique, les convulsions cloniques des muscles de la vie de relation.