

observation (1). Ce fait remonte à environ cinq ou six ans. La malade guérit assez rapidement.

En 1858, j'étais mandé en consultation, chez un agent de change, par M. le docteur Arnal qui me racontait que son malade, après avoir été atteint d'une paralysie du voile du palais, avait eu un affaiblissement notable de la vue, puis de la paraplégie, de la paralysie des membres supérieurs; les muscles du cou qui s'étaient pris aussi étaient devenus impuissants à soutenir la tête dans sa position naturelle; enfin il y avait de l'anaphrodisie. En entendant le malade me donner les renseignements que je lui demandais, je remarquai sa voix nasillarde, et l'ensemble des symptômes paralytiques que j'observais me donna tout de suite à penser que ces accidents étaient sous la dépendance d'une diphthérie antécédente, ce qui était vrai.

Maintenant que, depuis la publication dans les *Archives* du mémoire de Bretonneau, elle est pour ainsi dire à l'ordre du jour, la paralysie diphthérique a été signalée dans plusieurs thèses de la Faculté: notamment dans celle de M. le docteur Pératé en 1858; et en 1859 M. le docteur Péry lui a consacré spécialement sa dissertation inaugurale. Toutefois le travail le plus étendu qui ait encore paru sur la matière est celui que M. le docteur Maingault a présenté à la Société de médecine des hôpitaux. L'auteur, se mettant à la recherche des faits relatifs à cette affection, est parvenu à en réunir plus de cinquante exemples, dont six ont été vus par lui, et cet ensemble d'observations a servi de base au mémoire qu'il vient de publier (2).

Depuis quelque temps ces faits semblent se multiplier considérablement dans les hôpitaux, surtout dans les hôpitaux d'enfants, comme en ville, comme en différents points de la France. Des rapports sur les épidémies d'angine couenneuse qui ont régné dans les départements signalent en effet l'existence de cette affection. Je vous ai montré dans nos salles, depuis quelques mois, plusieurs malades qui en étaient atteints, et M. le docteur E. Moynier en a relaté un certain nombre d'exemples (3).

Cette abondance de faits qu'on observe aujourd'hui dépend sans doute de ce que, l'attention étant vivement sollicitée sur eux, personne ne les laisse plus passer inaperçus; mais aussi ces faits sont en réalité depuis un certain temps plus communs: cela tient probablement à ce que, depuis plusieurs années, la diphthérie a pris cette physionomie particulière qu'elle n'avait pas auparavant et qui caractérise la forme toxique. Toujours est-il qu'il n'est pas à présent un médecin qui n'ait entendu parler de la paralysie diphthérique. Je veux essayer de vous en esquisser les principaux traits.

(1) *Union médicale*.

(2) *De la paralysie diphthérique, recherches cliniques sur les causes, la nature et le traitement de cette affection*. Paris, 1860.

(3) *Compte rendu* publié par la *Gazette des hôpitaux* (numéros des 15, 22 novembre et 1^{er} décembre 1859).

La paralysie diphthérique se présente sous deux formes distinctes: une grave, mais fort rare, grâce à Dieu, dans laquelle les individus succombent au milieu d'accidents adynamiques ou ataxiques; l'autre bénigne, se terminant généralement par la guérison, ou si quelquefois la mort arrive, elle est le fait d'un accident dérivant, il est vrai, de la paralysie, mais se produisant, si je puis ainsi dire, d'une façon mécanique, le malade, par exemple, mourant étranglé par le bol alimentaire engagé dans les bronches, ainsi que mon collègue et ami M. Tardieu en a cité dernièrement un cas.

Dans la forme bénigne, la paralysie diphthérique prend les caractères que je vais vous indiquer.

Quelquefois, vers la fin d'une angine couenneuse, dont le malade n'est pas encore guéri, — c'est ce qui est arrivé chez notre femme du n° 9 de la salle Saint-Bernard, — le plus souvent, disons-le, après la disparition des fausses membranes, huit, douze, quinze jours et même un mois après la guérison apparente d'une diphthérie pharyngienne, survient une paralysie du voile du palais. Elle se manifeste par la voix nasillarde, ce que l'on serait tenté d'attribuer à une destruction, ou tout au moins à un gonflement considérable du voile palatin; la parole est lente, l'articulation des sons difficile. En même temps existe de la gêne de la déglutition: en partie rejetées par le nez, les boissons sont toujours beaucoup plus difficilement avalées que les aliments solides; mais lorsque la paralysie affecte non-seulement le voile du palais, mais encore les muscles du pharynx, la gêne de la déglutition devient aussi plus considérable, et les bols alimentaires passent difficilement, d'autant plus difficilement qu'ils présentent un plus petit volume; quelquefois ils peuvent s'engager dans les voies aériennes et entraîner des accidents auxquels j'ai tout à l'heure fait allusion et sur lesquels j'aurai à revenir. Une particularité notée par M. Maingault dans un travail antérieur à celui dont je vous parlais tout à l'heure (1) et signalée aussi par M. Duchenne (de Boulogne), c'est que les malades ne peuvent ni souffler une bougie allumée, par exemple, ni gonfler leurs joues, ni exercer une succion, ni se gargariser. Vous expliquer, messieurs, le mécanisme de la gêne de la déglutition et des différents phénomènes que je viens de vous indiquer m'entraînerait au delà des limites d'une conférence clinique; ce mécanisme a été longuement discuté dans la thèse de M. Maingault.

Si l'on examine le pharynx du malade, on constate que le voile du palais est pendant, qu'il ferme l'arrière-bouche à la manière d'un demi-voile; qu'au lieu de s'abaisser et de se relever par des oscillations fréquentes, comme à l'ordinaire, lorsqu'on déprime fortement la langue avec une cuiller, il reste immobile ou à peu près. Si l'on cherche à exciter ses mouvements en le piquant avec la pointe d'un bistouri, avec le bec d'une plume, il ne se contracte point; sa sensibilité, si exquise d'habitude que la moindre titillation

(1) *Sur la paralysie du voile du palais à la suite d'angine*, thèse de Paris, 1854.

sollicite des nausées, est complètement éteinte : on peut impunément le piquer, le cautériser avec l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent, ce qu'on ne faisait pas auparavant.

Cet organe est ordinairement le premier affecté de paralysie diphthérique; cela se conçoit, car, indépendamment de la cause générale qui produit celle-ci, l'état local, l'inflammation dont le pharynx, les amygdales, la luette, le voile palatin, ont été le siège, joue aussi son rôle dans la manifestation des accidents locaux. C'est un fait connu, en effet, et je vous l'ai dit tout à l'heure, que l'inflammation, en envahissant un muscle, apporte dans sa vitalité une modification telle, que la contractilité de ce muscle est diminuée ou même abolie; or, à ne tenir compte que de cet élément inflammatoire, qui, en frappant le voile du palais, modifie la vitalité des fibres musculaires qui entrent dans sa texture, l'explication que j'avais donnée en 1851 de cette paralysie était acceptable; mais je n'avais entrevu qu'un côté de la question, des observations ultérieures devaient m'apprendre que cet élément inflammatoire jouait un rôle secondaire, tout en prédisposant singulièrement, il est vrai, l'appareil musculaire qu'il frappe à subir les effets de la cause générale sous l'influence de laquelle se produit la paralysie que nous allons voir se manifester en d'autres parties du corps. Le rôle principal est si bien dévolu à cette cause générale dont nous parlons, que, en quelques cas, et ces cas ne sont pas rares, la paralysie du voile du palais ne survient, ainsi que je vous l'ai dit tout à l'heure, qu'un certain temps, quelquefois longtemps après la guérison de l'angine, alors que l'inflammation, complètement éteinte, ne pouvait plus être, par conséquent, mise en cause.

Non-seulement le voile du palais est généralement le premier affecté de paralysie diphthérique, mais encore j'ai vu souvent celle-ci se limiter exclusivement dans cette partie. Dans d'autres circonstances, la paralysie est d'emblée générale; alors, ou bien elle a frappé simultanément le voile du palais, les membres, différents appareils; ou bien la paralysie du voile du palais n'a précédé que de quelques jours les accidents que nous allons maintenant étudier; ou bien enfin, mais ceci s'observe beaucoup plus rarement, la première a complètement ou à peu près complètement cédé, lorsque les seconds se produisent.

Et ce qui prouve bien que la paralysie diphthérique dérive d'une cause générale et que la paralysie du voile du palais en particulier ne saurait s'expliquer seulement par la maladie couenneuse dont ce voile aurait été le siège, c'est que le voile palatin peut être frappé de paralysie aussi bien consécutivement à une diphthérie cutanée qu'à la suite de l'angine couenneuse, ainsi que mes collègues et amis MM. les docteurs Barthez et N. Gueneau de Mussy en ont vu des exemples, ainsi que moi-même je viens d'en observer un nouveau cas. Or, je ne pourrais trop insister sur ce point, car il vous démontre tout à la fois et les allures spéciales et la spécificité de la paralysie diphthérique.

Le cas dont je parle était celui d'un monsieur qui m'était adressé de Laval par mon honorable confrère M. le docteur Garreau. Dans le courant du mois de

février dernier, ce monsieur avait contracté la diphthérie qui régnait alors épidémiquement à Laval. Deux personnes de sa famille, son enfant et sa domestique, avaient pris une angine couenneuse; chez lui, l'affection pelliculaire avait eu pour siège la surface d'un vésicatoire appliqué sur le devant de la poitrine en vue de combattre des accidents d'*angor pectoris* dont il était tourmenté. Quatre ou cinq jours après son application, ce vésicatoire s'ulcéra, se couvrit de fausses membranes, et la plaie qui était très-douloureuse mit cinq semaines à se cicatrifier. Pendant le mois suivant, rien n'indiquait un trouble quelconque de l'économie, la santé générale paraissait parfaite et le malade se disposait à partir pour le Croisic, quand survinrent les accidents pour lesquels il venait me consulter.

Sans cause appréciable, il commença par éprouver une légère difficulté dans la marche, une certaine diminution de la force musculaire dans les bras. Il éprouvait aussi de la *gêne de la déglutition*; il lui semblait, disait-il, comme s'il avait eu constamment dans la gorge un corps étranger volumineux; les aliments, et plus encore les boissons, péniblement avalés, provoquaient des quintes de toux violentes. Sa sensibilité cutanée était éteinte; il avait des fourmillements dans les pieds, dans les jambes et dans les mains. Il ne sentait pas quand ses orteils touchaient le fond de ses chaussures, il pouvait à peine tenir son chapeau, attacher un bouton, porter sa cuiller à sa bouche, si bien que c'était plutôt celle-ci qui allait au-devant de celle-là. La miction et la défécation se faisaient bien sous l'influence de la volonté, mais le malade n'avait presque pas conscience du passage des matières excrémentielles à travers leurs canaux. Il avait enfin du trouble dans la vue, une amblyopie considérable qui avait du reste sensiblement diminué au mois de juin, époque à laquelle je le voyais. A cette époque aussi les phénomènes de paralysie paraissaient au contraire plutôt augmenter. Les urines traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, ne donnaient pas de précipité albumineux. Aucune douleur d'ailleurs en aucun point du corps, et l'intelligence avait conservé toute son intégrité.

Ce monsieur me racontait en outre que, en ce moment même, à sa connaissance, plusieurs individus de Laval présentaient des accidents analogues aux siens; il me citait, entre autres, un ouvrier chez lequel des accidents étaient également survenus à la suite de l'application d'un vésicatoire qui, comme le sien, s'était recouvert de couenne.

Je vous ferai remarquer, messieurs, à l'appui de ce que je vous disais du rôle secondaire de l'inflammation de la gorge dans la production de la paralysie du voile du palais, que dans ce cas cette paralysie se manifesta, bien qu'il n'y ait pas eu d'angine.

Cependant, comme cela a lieu ordinairement quand elle est consécutive à une diphthérie cutanée, la paralysie a débuté par les extrémités.

Les individus se plaignent d'engourdissements, de fourmillements qui s'étendent des doigts à la continuité des membres. Cette sensation de fourmille-

ment n'est jamais plus marquée qu'au moment où ils font un effort musculaire ; elle est accompagnée d'une sensation de froid dans les pieds, dans les mains, d'un sentiment de pesanteur dans les jambes. Leur sensibilité tactile est obtuse, et l'anesthésie devient quelquefois complète : on peut impunément les pincer, les piquer, sans qu'ils ressentent de la douleur. Cette anesthésie peut s'étendre à toute la surface de la peau, mais le plus ordinairement l'anesthésie et l'analgésie occupent seulement quelques points du corps, absolument comme cela se voit dans la paralysie hystérique. Généralement les extrémités inférieures en sont d'abord frappées, et dans quelques cas les malades ne sentent pas le sol sous leurs pieds, ou bien ils ne le sentent que d'une manière imparfaite : il leur semble, disent-ils, qu'ils marchent sur du coton ou sur des tapis de laine très-épais. Il en est qui ne peuvent marcher qu'à la condition d'avoir leurs yeux ouverts, sous peine de se laisser tomber. Ce sont là, messieurs, des phénomènes qui s'observent dans d'autres espèces de paralysies. Lorsque les mains sont atteintes, les individus perdent la conscience de ce qu'ils tiennent, et ils sont dans l'impossibilité de saisir des objets d'un petit volume, tels que des aiguilles, des épingles. Cette paralysie de la sensibilité débute le plus ordinairement, je le répète, par les extrémités inférieures, pour de là se généraliser ; mais on a signalé des cas où les extrémités supérieures avaient été seules affectées ; dans d'autres cas, tout à fait exceptionnels, il y avait de l'hyperesthésie.

En même temps que se manifestent les troubles de la sensibilité, se manifeste aussi la *paralysie du mouvement*, qui présente des degrés différents. Elle peut se traduire uniquement par de la faiblesse que les malades éprouvent, surtout quand ils essayent de marcher un peu vite, de monter ou de descendre un escalier. Mais ces symptômes ne restent pas ordinairement bornés là : la faiblesse augmente progressivement, la marche est de plus en plus difficile, enfin la station debout devient impossible ; les individus sont condamnés à rester couchés ; la paralysie peut être telle qu'alors ils ne peuvent plus soulever leurs jambes. A l'aide du dynamomètre, on a jusqu'à un certain point la mesure de la faiblesse des extrémités supérieures. Vous avez vu, messieurs, que chez des sujets vigoureux, qui dans l'état de santé habituelle devaient donner de 50 à 55 kilogrammes de pression au dynamomètre de M. le docteur Burq, nous n'obtenions que 20, 12 et même 10 kilogrammes seulement. Cette diminution de la motilité faisant du progrès, les malades ne peuvent plus que difficilement étendre les bras, qui sont agités de tremblements ; la paralysie augmentant encore, ils sont privés de l'usage de leurs mains et l'on est obligé de les faire manger.

Comme les troubles de la sensibilité, les troubles de la motilité débutent généralement par les extrémités inférieures où ils restent quelquefois limités : c'est la paraplégie. Dans le plus grand nombre des cas, les extrémités supérieures sont prises à leur tour, et les muscles du tronc, du cou, peuvent être affectés. Mon ami M. le docteur Faure, qui le premier a signalé le fait, l'a

parfaitement décrit : « L'allure générale du corps, dit-il (1), a profondément changé : toute la partie supérieure du tronc est rejetée en arrière ; la tête, au contraire, tombe en avant et roule sur la poitrine, toutes les masses musculaires du cou et du dos sont effacées ; quelques instances que l'on fasse pour engager les malades à relever la tête, ils ne peuvent y arriver, et si l'on renverse le corps en arrière, la tête tombe aussitôt comme une masse inerte. » Les muscles intercostaux, le diaphragme, sont quelquefois frappés de cette paralysie, et la dyspnée considérable qui, chez notre malade du n° 9 de la salle Saint-Bernard, nous a un instant si fort effrayés, ne reconnaissait pas d'autre cause. Chez cette malade encore, car cette malheureuse femme nous a offert un tableau complet de tous les accidents que nous étudions, vous avez vu les muscles de la face, les lèvres, la langue, se prendre.

L'attitude des sujets dont les muscles du tronc sont ainsi paralysés, l'embarras de la parole, lorsque la langue et les lèvres sont prises, leur donnent l'apparence d'idiots ; mais, lorsqu'on les interroge, la netteté de leurs réponses démontre la lucidité de leur intelligence.

Une particularité qui m'a semblé avoir été indiquée seulement dans l'observation de cette petite fille de quatre ans que je voyais avec M. Faure, et dont je vous parlais tout à l'heure, particularité sur laquelle j'appelle votre attention, que j'ai pour ma part notée plusieurs fois et dont vous avez pu constater l'existence chez la malade qui est l'occasion de cette leçon, c'est la mutabilité des accidents. Ainsi vous verrez la paralysie qui occupait un membre diminuer dans ce membre pour se manifester dans un autre. Les engourdissements que le malade éprouvait dans une jambe, par exemple, cessent momentanément et sont plus prononcés dans l'autre ; aujourd'hui la main droite ne donnera au dynamomètre que 40 à 42 kilogrammes de pression, demain sa force aura augmenté, tandis que la faiblesse de la main gauche sera plus grande ; puis, les parties primitivement affectées le seront une seconde fois davantage. Cette étrange allure des phénomènes n'est guère le propre des paralysies symptomatiques d'une lésion matérielle des centres nerveux appréciable à l'autopsie : elle se retrouve dans d'autres maladies, dans l'hystérie en particulier ; elle se retrouve encore dans les *paralysies consécutives aux maladies aiguës*, ainsi que l'a noté M. le docteur Gubler dans un remarquable travail lu à la Société de médecine des hôpitaux (2).

Les muscles de la vie organique ne sont pas à l'abri de l'influence du mal : je vous ai déjà dit que le diaphragme pouvait être affecté ; les tuniques musculaires de l'intestin, le rectum principalement, le sont plus souvent encore. Ainsi que je l'ai vu maintes fois, il y a alors une constipation opiniâtre. Chez un des malades dont les observations, recueillies par M. le docteur Sellerier, ont été communiquées le 18 septembre 1857 à la Société de médecine du

(1) *Union médicale* du 3 février 1857.

(2) *Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, etc.* (*Archives générales de médecine*, 1860).

département de la Seine, il y eut d'abord rétention, puis incontinence des matières fécales.

En quelques cas, la paralysie frappe la vessie; il y a de la dysurie, du ténesme vésical, et les individus urinent par regorgement; quand le sphincter est paralysé, il y a, au contraire, incontinence d'urine.

L'affaiblissement des facultés viriles, poussé quelquefois jusqu'à l'anaphrodisie la plus complète, est un fait que j'ai constaté chez la plupart des sujets atteints de paralysie à la suite de diphthérie, lorsque je les ai interrogés dans ce sens. Quelques-uns d'entre vous se rappelleront un jeune homme dont j'aurai d'ailleurs à vous entretenir tout à l'heure; il était couché au n° 19 de notre salle Sainte-Agnès, et cette perte des facultés viriles fut un des accidents sur lesquels il appela tout d'abord notre attention. Vous comprenez, messieurs, que l'existence de cette anaphrodisie est difficile à rechercher chez les femmes.

Les sens spéciaux, l'odorat, le goût, l'ouïe, sont en quelques cas affectés, mais les troubles de la vue se rencontrent le plus communément: mon collègue M. Blache en a observé comme moi de nombreux exemples. Le 15 juin dernier, j'étais encore consulté pour une jeune fille de neuf ans qui en était atteinte; elle avait été soignée d'une angine couenneuse à Vichy, par mon honorable confrère M. le docteur Alquié. Deux semaines à peine s'étaient écoulées depuis sa maladie, que cette enfant avait la voix nasillarde, mais la paralysie restait limitée au voile du palais; au bout d'un certain temps, la petite malade éprouvait une faiblesse générale, dont ses parents s'apercevaient en la voyant se livrer avec moins d'ardeur à ses jeux habituels. Ils me l'amenaient alors dans mon cabinet, et je constatais cette faiblesse qui était alors excessive; en essayant ses forces au dynamomètre du docteur Burq, j'obtenais à peine 3 à 4 kilogrammes de pression; je constatais, en outre, qu'elle était presbyte. A quelques jours de là sa mère me l'amena de nouveau, et le premier mot qu'elle m'adressa fut pour me dire qu'elle ne voyait plus comme auparavant; tandis que précédemment elle lisait à une assez grande distance, elle ne pouvait plus lire maintenant qu'à la condition de tenir son livre à 2 ou 3 centimètres de son nez: à la presbytie avait succédé la myopie.

La presbytie et la myopie, voilà donc ce qu'on observe chez un grand nombre d'individus affectés de paralysie à la suite de diphthérie. La presbytie, je dois le dire, est le fait le plus ordinaire, mais quelquefois aussi l'affaiblissement de la vue se traduit par la myopie: une enfant que j'adressai à mon ami M. le docteur Follin, pour qu'il examinât ses yeux avec l'ophthalmoscope, ne pouvait lire le n° 10 de Jæger, c'est-à-dire le sous-titre du *Moniteur des hôpitaux*.

La faiblesse de la vue va, dans quelques circonstances, jusqu'à la cécité complète, cécité qui cesse, il est vrai, après un temps variable. Cette amaurose passagère est quelquefois un des premiers accidents de la paralysie diphthérique.

En cherchant à se rendre compte de ces perturbations momentanées de l'appareil de la vision, on a eu la preuve qu'il n'existait aucune altération matérielle appréciable ni de la choroïde, ni de la rétine, ni du milieu de l'œil. C'est la conclusion à laquelle est arrivé M. Follin, dont chacun de vous connaît le talent et la grande expérience dans la solution du problème qui nous occupe. En admettant qu'il faille chercher ailleurs la cause du mal, le médecin que je viens de nommer pense que ces troubles de la vue dépendent de ce que certains muscles de l'œil sont paralysés. Vous savez, messieurs, le rôle qu'un grand nombre de physiologistes ont attribué à l'action des muscles intrinsèques de l'œil dans la faculté qu'à cet organe de s'accommoder aux diverses distances; la paralysie de quelques-uns de ces muscles entraînerait donc, si l'on accepte cette théorie, jugée par d'autres très-discutable, le défaut d'accommodation qui déterminerait, suivant les circonstances, la presbytie ou la myopie. Que cette paralysie des muscles intrinsèques joue ou non effectivement son rôle, les troubles de la vue dont nous parlons, l'amaurose, l'amblyopie, peuvent bien aussi se rattacher à des phénomènes d'un autre ordre. Considérez, en effet, combien il est fréquent de voir l'albuminurie coïncider avec les paralysies consécutives à la diphthérie; considérez que si, dans quelques cas, on n'a point trouvé d'albumine dans les urines de malades affectés de troubles de la vue, cette albuminurie est cependant la règle: or, vous n'ignorez pas que l'amblyopie, l'amaurose, la presbytie, sont des accidents qui s'observent communément chez les albuminuriques; il est donc permis de croire que, dans quelques-uns des cas dont il est ici question, l'albuminurie doit entrer en ligne de compte, et que tout ne saurait être attribué à la paralysie des muscles de l'œil.

Cette paralysie est néanmoins incontestable, c'est elle qui amène la chute de la paupière, le strabisme signalé dans plusieurs observations, et qui, lorsqu'il affecte un seul œil, produit la diplopie.

Tous ces phénomènes, paralysie du voile du palais, paralysie des extrémités, des muscles du tronc, de la face, troubles de la vue, persistent un temps plus ou moins long, mais finissent par céder complètement. La mort, toutefois, ainsi que j'ai eu le soin de vous le dire, même lorsque la paralysie diphthérique a pris les allures de la forme bénigne, peut être le fait d'accidents intercurrents. J'ai déjà fait allusion au cas observé par mon ami M. Tardieu, mon collègue à l'hôpital de Lariboisière, et publié (1) par son élève M. Rocher. La mort arriva ici par asphyxie, consécutivement au passage d'un bol alimentaire dans la bronche gauche. M. Peter a rapporté dans son mémoire un exemple analogue chez un enfant de huit ans.

On serait peut-être en droit de s'étonner que ces accidents ne soient pas plus communs, lorsqu'on voit combien est fréquente la gêne de la déglutition chez les individus affectés de paralysie diphthérique. Notre malade de la salle

(1) *L'Union médicale*, 1^{er} octobre 1859.

Saint-Bernard a failli être victime de cette terrible complication, et il a fallu, vous vous le rappelez, prendre, pendant quelque temps, les plus grandes précautions pour l'alimenter. Malgré ces précautions, nous avons eu plusieurs fois des accès de suffocation, les aliments solides et les boissons tendant à s'engager dans les voies aérières.

Lorsque la paralysie diphthérique prend la *forme grave* dont je veux à présent vous entretenir, la terminaison est fatale; elle survient au milieu d'accidents nerveux terribles contre lesquels les ressources de la médecine restent impuissantes.

Vous avez observé un cas de ce genre chez un malade de notre salle Sainte-Agnès. C'était un jeune homme de vingt-cinq ans qui se disait souffrant depuis quatre jours, lorsqu'il arriva dans le service de la clinique. Nous constatons l'existence d'une angine pharyngienne pseudo-membraneuse, qui semblait en voie d'amélioration le douzième jour de l'entrée du malade à l'hôpital. J'étais cependant effrayé de la persistance de l'albuminurie, lorsque survint une paralysie du voile du palais. Quarante-huit heures après, les membres inférieurs étaient pris; une faiblesse considérable rendait la marche pénible; en même temps, l'appétit se perdait, la déglutition devenait plus difficile, et un point blanchâtre apparaissait de nouveau dans la gorge. Neuf jours plus tard, la quantité d'albumine contenue dans les urines était excessive, les jambes étaient infiltrées; la respiration était notablement gênée, nous constatons de l'œdème pulmonaire. La faiblesse alla croissant, et le malade mourut le vingtième jour à partir du début des accidents paralytiques, un mois après son arrivée à l'Hôtel-Dieu.

J'étais mandé, il y a quatre mois, par M. le docteur Surbled (de Corbeil), auprès d'un homme de cinquante-deux ans qui avait contracté la diphthérie de l'un des membres de sa famille. Il avait été huit jours malade, et paraissait guéri, quand il commença à avoir la voix nasillarde, de la difficulté de la déglutition. Bientôt les extrémités inférieures devinrent faibles; cette faiblesse alla croissant, tandis que les extrémités supérieures se prenaient à leur tour; de l'engourdissement, des fourmillements, accompagnaient cette paralysie du mouvement: la respiration s'engageait ensuite; la dyspnée était considérable quand je vis le malade. Les accidents augmentèrent progressivement, et la mort eut lieu trois mois après le début de l'affection diphthérique de la gorge.

La petite fille que je voyais en 1848 avec M. Dewulf succombait également à cette forme grave de la paralysie diphthérique, emportée par des accidents cérébraux dont je méconnus alors la nature, et que je considérais, je vous l'ai dit, comme dépendant d'une lésion tuberculeuse de l'encéphale.

Le fait suivant qui a été recueilli par le docteur Millard, est fort remarquable. Une petite fille de neuf ans entra le 22 mars à l'hôpital de la rue de Sèvres. A la suite d'une angine couenneuse dont elle avait été atteinte six semaines auparavant, et qui avait duré dix jours, elle conservait la voix très-

nasillarde, de la gêne dans la déglutition, particulièrement dans la déglutition des liquides: les boissons revenaient par le nez. Une faiblesse générale rendait la marche et la station debout pénibles et provoquait l'incertitude dans tous les mouvements. La malade faisait aussi remarquer à sa mère que sa vue était troublée, qu'elle ne pouvait plus enfiler une aiguille; elle était triste, avait peu d'appétit; elle n'avait ni diarrhée, ni fièvre, mais depuis huit jours elle toussait un peu.

Le 23 mars, on constatait l'altération du timbre de la voix; en faisant ouvrir la bouche de l'enfant et en lui disant de prononcer l'exclamation *ah!* on voyait le voile du palais rester complètement immobile. Sa sensibilité était cependant conservée, car lorsqu'on chatouillait la luette, on provoquait des nausées. Sa vue était sensiblement affaiblie, ses pupilles étaient petites et contractiles; elle saisissait mollement les objets qu'on lui présentait et les laissait facilement échapper quand elle les tenait. Sa démarche incertaine, titubante, donnait l'idée d'une paraplégie incomplète. La sensibilité générale n'était pas altérée; l'urine ne contenait pas d'albumine.

Les deux premiers jours de son entrée à l'hôpital, la malade fut triste, sans appétit, sans énergie; puis à mesure qu'elle s'habitua à sa nouvelle demeure, elle descendit au jardin, reprit de la gaieté et de la force. La paralysie du voile du palais persistait au même degré: on avait institué un régime tonique; chaque jour on donnait un gramme d'extrait de quinquina dans une infusion de café.

Le 28 mars, elle alla le matin à la messe, déjeuna avec appétit, reçut la visite de ses parents, qui se retirèrent enchantés de l'amélioration qu'ils avaient trouvée. Elle descendit encore aux vèpres avec ses compagnes, quand, à quatre heures, elle fut prise de symptômes cérébraux qui firent croire tout d'abord à une syncope; elle s'affaissa sur elle-même, sans cris ni convulsions, le visage altéré. A cinq heures, M. Millard la vit dans l'état suivant: Elle était couchée sur le dos, le visage coloré, se plaignant d'un violent mal de tête, la peau chaude, le pouls à 128. L'intelligence était parfaitement nette. Il n'y avait ni contracture, ni convulsions, ni paralysie, mais il y avait du strabisme, et la voix était toujours nasillarde; la toux grave et sonore, sans aucun signe de lésion pulmonaire appréciable à l'auscultation ou à la percussion. Depuis la veille on notait de la constipation. Dans l'incertitude du diagnostic, M. Millard prescrivit de lui couper immédiatement les cheveux, qu'elle avait très-abondants; d'appliquer quatre sangsues derrière les oreilles; de donner un lavement purgatif et de promener des sinapismes sur les membres inférieurs. Dans la soirée, des *convulsions générales* survinrent; l'enfant jetait des cris perçants; la nuit fut très-agitée. Le lavement avait provoqué une selle abondante et les sangsues avaient coulé convenablement.

Le lendemain, à la visite du matin, le visage était pâle, le pouls moins résistant que la veille, peu dépressible, toujours à 128. Les pupilles restaient normalement dilatées, la faiblesse de la vue et le strabisme étaient toujours pro-