

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON.

PARAPLÉGIE.

Observation du docteur Hutton : Paraplégie développée sous l'influence d'une irritation des organes urinaires. — Paraplégie dans le décours du typhus fever. — Observations.

— Mode de production de cette paralysie.

Paralysie consécutive à l'érysipèle, — à la *phlegmatia dolens*, — à la lésion de l'un des troncs nerveux d'un membre. — Paraplégie par action du froid sur les extrémités inférieures. — Observation. — Causes de cette forme de paraplégie.

Diagnostic entre la paraplégie d'origine périphérique et celle qui dépend d'une affection de la moelle. — Pronostic et traitement.

MESSIEURS,

Avant de poursuivre notre étude des paraplégies, je vais vous lire une observation qui se rapporte directement au sujet dont nous sommes occupés dans notre dernière conférence ; je dois la connaissance de ce fait à la bienveillance du docteur Hutton.

« Richard M'Nab, marin, âgé de trente-huit ans, est entré le 16 janvier 1835 à l'hôpital de Richmond, dans le service du docteur Hutton. Pendant l'été de 1826, il s'était donné un tour de reins en faisant un saut ; à la suite de cet accident, il dut garder le lit, mais au bout de douze jours il était guéri. Quelque temps après, il prenait une gonorrhée qui fut compliquée d'épanchement dans la tunique vaginale ; des applications répétées de sangsues guérèrent cette affection ; mais le malade garda une blennorrhée, qui ne disparut que plus tard sous l'influence des bains de mer. A l'exception de quelques petites douleurs qu'il ressentait de temps en temps dans la région lombaire, sa santé était parfaite, et il en fut ainsi jusqu'au mois d'octobre 1830. Ayant été exposé au froid et à l'humidité pendant un long voyage qu'il fit à cette époque, il fut atteint d'accidents hémorroïdaires pour lesquels il dut

rester sept mois en traitement. Pendant cette maladie, il remarqua pour la première fois qu'il urinait assez fréquemment ; du reste, il n'y avait chez lui ni rétention d'urine, ni obstacle à la miction.

« Richard M'Nab jouit ensuite d'une santé excellente jusqu'au mois de septembre 1834. Il fit alors la traversée de Cadix à Dublin sur un bâtiment qui faisait eau de toutes parts : il eut grandement à souffrir du froid, de l'humidité et surtout de la fatigue, car il était obligé de travailler presque continuellement aux pompes, qu'on ne pouvait abandonner pendant plus de dix minutes ; de plus, il fut privé, pendant trente-deux jours, des boissons alcooliques auxquelles il était habitué, de sorte qu'il se trouvait très-affaibli en arrivant à Dublin. Après avoir travaillé au déchargement du navire, il se reposa pendant une quinzaine de jours, et il nous dit qu'il buvait pendant ce temps de quatre à six verres de whisky tous les jours. Il passa ensuite à bord de l'*Élisabeth de Londres*, en qualité de second ; mais, au bout de huit ou neuf jours, il fut pris de douleurs dans les reins et dans les membres inférieurs ; puis ceux-ci s'affaiblirent tellement, que le treizième jour Richard fut obligé de renoncer à son travail. Pendant cette période d'affaiblissement progressif, il urinait jusqu'à trois fois dans une heure ; la miction était douloureuse et accompagnée de ténésme. Le 1^{er} janvier la douleur lombaire était devenue très-vive, et le malade perdit l'usage de ses jambes ; la paralysie n'était cependant pas complète, il pouvait encore se tenir debout et même faire quelques pas avec l'aide de deux bâtons.

« C'est alors qu'il nous est arrivé. La santé générale de cet homme était déjà quelque peu compromise. Sa figure était pâle, amaigrie ; les fonctions digestives se faisaient mal ; il avait parfois des frissons suivis de chaleur et de sueurs : ces accès ne présentaient aucune régularité. Il y avait en outre de la dysurie, de l'incontinence, et le jet de l'urine était beaucoup diminué. Les membres inférieurs étaient toujours dans le même état.

« On institua le traitement suivant : ventouses dans la région lombaire, puis une application de moxas ; boissons émollientes et opium, en vue des symptômes urétraux ; veiller en outre aux fonctions digestives. Le 26 du même mois, on découvre un léger rétrécissement dans la portion membraneuse de l'urètre. On introduit une petite bougie de boyau de chat, en ayant soin de la choisir assez longue pour qu'une fois introduite, elle dépasse le méat ; sur cette bougie, on glisse un petit cathéter de gomme élastique de longueur ordinaire, ouvert aux deux bouts ; on enlève ensuite la bougie et l'on fixe la sonde. Quelques

phénomènes généraux suivirent cette opération, mais ils n'eurent pas de durée ; au bout de très-peu de temps, on pouvait passer avec facilité des sondes beaucoup plus volumineuses.

« A peine quelques jours s'étaient-ils écoulés depuis l'introduction de la première sonde, qu'il survint un amendement remarquable dans les douleurs lombaires et dans les fonctions des membres inférieurs : cette amélioration fut presque subite. Des bains chauds et des frictions achevèrent la guérison. Richard quitta l'hôpital le 15 février ; il avait alors complètement recouvré l'usage de ses membres, et les accidents du côté des organes urinaires avaient entièrement disparu. »

Vous voyez, messieurs, l'extrême importance de cette observation ; elle se rattache directement à notre sujet, et prouve qu'une irritation du canal de l'urètre peut, comme la néphrite, devenir une cause de paraplégie (1). Il y a dans ce fait une démonstration péremptoire du principe général que j'ai établi.

Nous avons maintenant à étudier certaines paraplégies dont le mode de production est environné d'une grande obscurité. Je veux parler de celles qui surviennent dans le cours du typhus fever (2). Ici la maladie principale et l'affaiblissement qu'elle détermine, absorbent si exclusivement notre attention, que la paralysie nous échappe jusqu'au moment de la convalescence, ou plutôt jusqu'au jour où le malade essaye de se tenir debout. Il constate alors non sans surprise que ses jambes se dérobaient sous lui, et que sa volonté n'a que peu ou point d'empire sur leurs mouvements : cela lui paraît d'autant plus extraordinaire que ses membres supérieurs ont déjà repris une certaine force. Miss S..., étant venue visiter une de ses amies à Dublin, avait été prise de fièvre. C'est M. Carmichaël qui lui donnait des soins. La maladie avait été longue et sévère, elle avait présenté des symptômes non douteux de congestion et d'irritation gastro-intestinales : tympanite, douleurs épigastriques et abdominales. Cette personne était convalescente, lorsqu'on s'aperçut avec effroi qu'elle ne pouvait pas mouvoir ses jambes ; elle accusait de l'engourdissement et une sensation de froid dans toute l'étendue des membres inférieurs. Cette demoiselle finit par guérir, non sans qu'on eût appliqué une foule de moxas tout le long

(1) Comparez : Spencer Wells, *Incomplete paralysis of the lower extremities connected with disease of the urinary organs* (*Med. Times and Gaz.*, 1857).

Raoul Leroy (d'Étiolles), *Des paralysies des membres inférieurs*, etc. Paris, 1856.

(2) Hervier, *Des paralysies essentielles causées par les drastiques* (*Gaz. méd. de Lyon*, 1857, et *Montpellier médical*, 1861).

(Note du TRAD.)

de la colonne vertébrale. Le traitement dura près d'une année. Durant tout le cours de cette affection, on ne put découvrir aucun indice de lésion des vertèbres ou de leurs articulations. M. Carmichaël a observé chez les enfants plusieurs exemples de paraplégie consécutive à la fièvre rémittente gastrique, sans aucune affection de la moelle. Ce sont principalement les enfants scrofuleux qui sont exposés à cette fâcheuse complication ; une fois développée, elle résistait le plus souvent et au temps et à la thérapeutique.

Ici deux explications se présentent d'elles-mêmes. La première repose sur la fréquence des douleurs lombaires au début de la fièvre ; souvent ces douleurs sont d'une extrême violence, et elles sont accompagnées de douleurs non moins vives dans les membres inférieurs. Pour moi, je suis aussi préoccupé de cette douleur dorsale que de la céphalalgie ; l'une est aussi sérieuse que l'autre, car l'importance vitale de la moelle épinière n'est guère moindre que celle du cerveau.

Pour graver ce point de pratique dans l'esprit des élèves, j'ai l'habitude de dire : tel ou tel malade ne souffre pas de la tête, *mais il a sa céphalalgie dans les reins*. Lorsque la douleur de la tête est le symptôme le plus saillant de la première période de la fièvre, il est bien peu de médecins qui négligent les saignées, les sangsues, les ventouses, les applications froides ou chaudes ; si, au contraire, c'est la moelle lombaire qui est le siège de la congestion initiale, les praticiens ne se font aucun scrupule de laisser de côté les émissions sanguines locales, et tous les moyens de traitement convenables en pareil cas. Il est fort probable que, sans cette négligence, les paralysies consécutives au typhus seraient beaucoup moins fréquentes.

Quant à la seconde explication, elle consiste à rapporter la paraplégie à l'irritation de la muqueuse digestive propagée par action régressive jusqu'à la moelle. Il n'est pas aisé de décider entre ces deux interprétations ; mais j'avoue que je suis beaucoup plus disposé à admettre la première (1).

Nous arrivons à une autre espèce de paraplégie dont l'étude présente un extrême intérêt : il s'agit d'une paralysie aussi remarquable par sa

(1) « Cette rachialgie, dit M. le professeur Trousseau en parlant de la douleur lombaire de la variole, n'est pas, comme on l'avait cru, une douleur musculaire ; elle dépend de la moelle épinière ; en voici la preuve : dans un assez grand nombre de circonstances, et l'an dernier, dans l'espace de quelques jours, j'ai pu vous en montrer deux exemples, cette rachialgie est accompagnée de paraplégie. » (*Loc. cit.*)

(Note du TRAD.)

fréquence que par le processus pathogénique qui lui donne naissance. De plus, elle n'a été signalée, que je sache, par aucun auteur, et n'a jamais été bien comprise jusqu'ici. Dans un espace de temps relativement assez court, j'ai rencontré plusieurs exemples de cette affection, et maintenant encore j'en ai quelques cas en traitement.

Mais, avant d'aborder cette étude, je dois vous rappeler que, dans certains cas, l'abolition du mouvement dans un membre peut être attribuée en toute certitude à une cause dont l'action a été tout à fait superficielle. Une malade de l'hôpital de Sir Patrick Dun avait un érysipèle qui occupait la partie postérieure et interne de la jambe droite; cet exanthème avait amené une légère inflammation des vaisseaux lymphatiques qui se rendent à l'aîne; une des glandes inguinales était douloureuse et augmentée de volume. L'érysipèle avait cédé à un traitement approprié; mais, depuis plusieurs jours, cette femme était complètement privée de l'usage du membre affecté. Cette impuissance avait été particulièrement très-marquée pendant la période d'état de la maladie; la jambe ne pouvait plus être fléchie sur la cuisse, le membre ne pouvait plus être soulevé au-dessus du lit. Cette affection était le résultat d'une impression réflexe, qui des nerfs cutanés avait gagné les branches nerveuses musculaires: il est impossible de concevoir autrement l'inertie des muscles qui fléchissent la jambe sur la cuisse, puisqu'ils sont tout à fait en dehors de la région qu'occupait l'inflammation érysipélateuse. C'est par le même mécanisme que nous devons expliquer la paralysie qu'on observe dans certains cas de *phlegmatia dolens*.

Quelquefois l'inverse a lieu, et à la suite d'une violence accidentelle ou d'une pression prolongée qui a intéressé un tronc nerveux, on voit un membre être frappé de paralysie. Voici un fait qui nous a été rapporté à Brennan et à moi:

Un homme robuste, qui s'était beaucoup fatigué pendant la journée, s'endormit après dîner; sa tête reposait sur ses bras qui étaient croisés sur la table; vu cette mauvaise position, un nerf cubital fut comprimé pendant tout le temps du sommeil. Lorsque cet homme se réveilla, il avait l'avant-bras et la main complètement paralysés. Tous les traitements possibles furent essayés sans succès; la paralysie persista jusqu'à la mort du malade, qui eut lieu plusieurs années après. Il y a quelque temps, une dame fit un faux pas en montant un escalier, et tomba violemment. Le choc porta principalement sur la hanche et le trochanter gauches. Aussitôt elle perdit l'usage du membre inférieur de ce côté, et la paralysie fut définitive. On avait cru tout d'abord à

une fracture ou à une luxation; mais, après un examen attentif et minutieux, on dut renoncer à cette idée. Cette malade ne ressentait ni engourdissement, ni douleurs, ni fourmillements dans le membre affecté; on ne put découvrir aucune lésion de la colonne vertébrale. Au bout d'un mois, cette dame se confiait aux soins de M. Kirby, qui mettait en usage, sans aucun résultat, tous les topiques usités en pareil cas. Alors la malade retourna à la campagne, et peu de temps après elle mourut subitement à la fleur de l'âge, sans qu'aucun symptôme précurseur eût révélé l'imminence du danger. L'autopsie n'a pas été permise.

Pour vous faire connaître la forme de paraplégie dont je vous ai parlé, je vais vous lire le récit d'un fait très-remarquable que j'ai pu suivre moi-même dans toutes ses phases, et qui a laissé une profonde impression dans mon esprit. Cette histoire a été rédigée d'après des notes prises par le malade lui-même, avant qu'il fût trop faible pour écrire; les détails qui concernent les dernières périodes de l'affection sont extraits de mon recueil d'observations.

M. B..., âgé de vingt-trois ans, est un homme robuste et d'une santé excellente, bien qu'il n'ait pas d'embonpoint. Il faisait beaucoup d'exercice, il endurait sans peine de grandes fatigues, et il était passionné pour la pêche, pour la chasse, et surtout pour la chasse au tir. Tandis qu'il se livrait à ses amusements favoris, il était fréquemment exposé à l'humidité, soit en traversant des marais, soit en franchissant des gués. Il avait renoncé à ses habitudes, dès la première attaque de sa maladie, c'est-à-dire dès 1829. Depuis plusieurs années, il était constipé au point qu'il restait quelquefois une semaine sans aller à la selle; cependant il n'en était point incommodé, et n'avait jamais pris de laxatif.

Mais, à dater du mois de janvier 1829, il en fut tout autrement: M. B... eut une disposition marquée à la diarrhée, et cette tendance était toujours plus prononcée au moment de l'un des accès; il avait en même temps des nausées, des envies de vomir et des coliques. Les attaques étaient ordinairement précédées d'une sécrétion buccale abondante; il s'écoulait de la bouche une grande quantité de liquide aqueux et insipide, puis apparaissaient les phénomènes caractéristiques de la maladie. C'étaient d'abord des nausées et des vomissements opiniâtres; le malade rejetait tout ce qu'il avait dans l'estomac, après quoi il vomissait tout ce qu'il prenait, les liquides aussi bien que les solides. Les matières rejetées étaient d'abord acides et ensuite amères; leur coloration variait de la teinte du mucus à celle de la bile; parfois elles avaient une teinte bleuâtre, mais le plus souvent elles étaient verdâ-

tres. Ce liquide incommodait beaucoup le malade en raison de son amertume ; sa quantité s'élevait jusqu'à 3 et 4 quarts par jour (3^{lit},40 et 4^{lit},50). M. B... se plaignait en même temps d'une douleur au niveau de l'estomac ou à la partie inférieure de la poitrine ; cette douleur persistait pendant toute la durée de l'accès, mais c'est au début qu'elle était le plus intense. Depuis un an, cette sensation est remplacée par une constriction pénible que le malade appelle « la contraction de son intérieur » ; il la compare à l'effet que produirait une corde fortement serrée au niveau des attaches du diaphragme. Chacun de ces paroxysmes est accompagné de sueurs qui sont surtout abondantes vers la fin de l'accès.

La durée de la première attaque n'a pas dépassé quatre ou cinq jours. M. B... est resté bien portant pendant six ou sept mois, puis les mêmes accidents se sont reproduits. Comme la première fois, il a commencé par vomir tout ce qu'il avait dans l'estomac ; mais, au bout de peu de jours, les vomissements ont cessé, et le malade en a été quitte pendant longtemps. Dans le courant de l'année 1830, il a eu trois accès semblables, dont il s'est parfaitement remis ; il n'a pas remarqué d'affaiblissement dans ses membres inférieurs. Mais en 1831 la maladie prit une autre allure : les paroxysmes étaient plus violents, ils avaient une plus longue durée et revenaient à de plus courts intervalles. M. B... fut soumis alors à une salivation mercurielle.

Dans l'année 1832, les accidents s'aggravèrent encore ; il y eut une attaque au mois de mars, une autre au mois de mai, une troisième au mois de juin. Des phénomènes nouveaux survenaient en même temps : chacun de ces accès était accompagné d'engourdissement et d'impuissance des membres inférieurs ; ces symptômes étaient peu prononcés, ils disparaissaient avec les vomissements. A cette époque, le malade remarqua que son urine était rare, et qu'elle déposait plus abondamment que de coutume ; il se plaignait aussi d'être sujet à se refroidir en sortant de son lit ; il disait qu'il ressentait parfois dans les jambes, dans les cuisses, dans les bras et ailleurs, des douleurs et des élancements très-pénibles, dont il était ensuite débarrassé par des sueurs profuses.

Au mois d'août 1832, M. B... eut un accès très-violent qui dura près d'un mois. Les vomissements persistèrent sans interruption le jour et la nuit ; le sentiment de constriction dont il a été question plus haut fut plus douloureux que jamais. Lorsque, après la terminaison de ce paroxysme, le malade voulut se lever, les jambes lui manquèrent, et

il tomba lourdement par terre : il était paralysé. Dès lors la paralysie persista dans l'intervalle des accès ; elle était cependant un peu moins marquée lorsque les vomissements cessaient, et même à ce moment-là M. B... pouvait se tenir debout, et faire quelques pas avec l'aide de deux cannes, de sorte qu'on se laissait aller à espérer une guérison prochaine. Mais bientôt un nouvel accès réduisit à néant ces trop promptes espérances et ramenait une paraplégie presque complète. A ce moment, les membres inférieurs commencèrent à diminuer sensiblement de volume ; le malade s'aperçut qu'ils avaient perdu leur sensibilité, et qu'ils étaient notablement refroidis. Il souffrait toujours de ses élancements douloureux, il avait des sueurs nocturnes abondantes ; l'urine était trouble et rare.

Plusieurs mois avant sa mort, M. B.... était devenu complètement paraplégique ; il avait de temps en temps des vomissements d'une opiniâtreté inouïe : à ces moments-là, il vomissait nuit et jour, et il ne pouvait rien conserver dans l'estomac ; les liquides les plus doux, les plus agréables, étaient rejetés comme le reste. Sir Philip Crampton et le docteur Ireland voyaient le malade avec moi, et nous avions inutilement essayé, par tous les moyens possibles, de calmer la susceptibilité de l'organe. Rebelles à tout traitement, les accidents persistaient pendant cinq ou six fois vingt-quatre heures, puis ils cessaient subitement. M. B.... s'écriait : « Maintenant je suis bien », et il pouvait manger impunément des aliments qui auraient été pour bien des gens une cause d'indigestion. C'est le fait le plus singulier que j'aie jamais observé : il n'y avait aucune transition entre ces deux états si opposés ; le passage de l'un à l'autre avait lieu tout à coup en quelques secondes. Le malade était, pendant ces crises, un objet de commisération profonde ; il était torturé par des douleurs atroces au niveau de l'épigastre, il était couvert d'une sueur froide, il vomissait sans relâche, et l'heure suivante on le trouvait mangeant avec un appétit vorace tout ce qui lui tombait sous la main, et digérant le tout avec la plus grande facilité.

A mesure que la maladie avait marché, les paroxysmes étaient devenus plus longs, et ils s'étaient beaucoup rapprochés. Deux ans avant l'époque à laquelle nous sommes arrivés, les accès duraient quatre ou cinq jours, et ils revenaient tous les six ou sept mois ; mais ils avaient fini par se prolonger pendant huit ou dix jours, et par survenir toutes les trois ou quatre semaines. Pendant ces crises, M. B.... ne prenait que de l'eau froide, avec un peu d'eau-de-vie et quelques gouttes de

laudanum : c'était ce qui restait le plus longtemps dans l'estomac, et il y gagnait au moins quelques minutes de sommeil. Le malade ne s'est jamais plaint d'avoir mal à la tête ; l'intelligence était complète, et la mémoire était restée intacte. Les viscères abdominaux étaient indemnes de toute lésion organique, et l'on ne constatait pas la moindre douleur au niveau de la colonne vertébrale. Les fonctions de la vessie et du rectum restèrent inaltérées jusqu'à la fin.

Sous l'influence de cette cruelle maladie, la constitution de M. B... s'altérait visiblement ; le séjour au lit et le retour de plus en plus fréquent de ces crises douloureuses achevèrent de l'épuiser, et il succomba le 30 septembre 1833. Ses amis nous avaient permis d'en faire l'autopsie, et tous les organes ont été l'objet des recherches les plus minutieuses. Nous avons examiné d'abord avec soin le cerveau, le cervelet, la moelle et les méninges, puis les gros troncs nerveux qui animent les membres inférieurs ; nous avons ensuite reporté nos investigations sur les viscères thoraciques ; nous avons enfin étudié de très-près l'estomac et les intestins, et nous n'avons absolument rien découvert. Le tissu du cerveau et de la moelle nous offrait le type de l'état normal ; les méninges n'étaient ni épaissies ni injectées ; les gros troncs nerveux ne présentaient pas la moindre altération ; l'estomac était parfaitement sain, l'intestin était intact, le foie et les autres viscères de l'abdomen n'étaient le siège d'aucune lésion appréciable.

Vous n'avez pas oublié que M. B... était devenu *complètement* paraplégique plus de deux mois avant sa mort : nous avons donc ici un exemple de paraplégie qui mérite à juste titre la qualification de fonctionnelle, puisque les centres nerveux étaient indemnes de toute altération qui pût en rendre compte. Comment devons-nous concevoir l'évolution des phénomènes morbides ? Les symptômes initiaux ont été sans contredit ceux d'une irritation intestinale : nous avons vu la diarrhée survenir chez un homme habituellement constipé, et s'accompagner de vomissements opiniâtres qui revenaient par accès à des intervalles assez éloignés. Devons-nous rapporter cette affection gastro-intestinale, que la périodicité de ces manifestations démontre avoir été fonctionnelle, à une irritation, à une congestion ou à une inflammation du cerveau ou de la moelle ? Les détails de l'observation nous forcent à répondre par la négative. Il n'y a jamais eu de céphalalgie, la température du cuir chevelu était normale, les artères temporales n'ont jamais présenté de pulsations exagérées ; en un mot, on n'a jamais constaté, ni avant ni pendant l'accès, aucun signe de détermination

morbide vers la tête, de congestion cérébrale ou d'encéphalite. L'intelligence et la mémoire ont toujours été parfaites.

Cherchons-nous à localiser cette affection dans la moelle ou dans ses enveloppes, nous sommes arrêtés par des phénomènes négatifs d'une haute importance. Il n'y a jamais eu de douleur sur le trajet de la moelle épinière, et à aucune époque nous n'avons pu découvrir de sensibilité anormale sur les apophyses épineuses. Mais quelle qu'ait été l'origine de cette maladie, quelle qu'ait été la cause qui a impressionné au début les nerfs de l'estomac et des intestins, la marche ultérieure des accidents démontre que cette cause a étendu peu à peu la sphère de son action jusqu'à la moelle épinière, et que par son intermédiaire elle a retenti sur les cordons nerveux des extrémités inférieures. Il y a là un fait d'un intérêt extrême, et qui mérite à tous égards de fixer l'attention des pathologistes. Il est bon de vous dire que l'autopsie de M. B... a été pratiquée par M. Harris devant le docteur Ireland et devant moi ; la dissection n'a pas été faite à la hâte et avec négligence ; chaque organe a été l'objet d'un examen complet, et la séance a duré plus de quatre heures.

J'ai maintenant à vous parler d'un malade qui était à Meath-hospital, dans le service du docteur Stokes.

C'était un homme robuste, arrivé à la période moyenne de la vie ; atteint de paraplégie, il avait été placé dans la salle consacrée aux maladies chroniques. Il racontait qu'il avait presque toujours fait le métier de batelier, et qu'il était très-souvent exposé au froid et à l'humidité ; il ajoutait qu'il ne se ménageait guère au point de vue de la boisson. Néanmoins il avait toujours été en bonne santé ; mais, sept semaines avant d'entrer à l'hôpital, il avait éprouvé de l'engourdissement dans les pieds et dans les jambes, et trois ou quatre jours plus tard il avait ressenti des fourmillements douloureux sur le trajet des nerfs. Il s'apercevait en même temps qu'il avait moins de force dans les membres inférieurs, et bientôt ces symptômes avaient fait de tels progrès qu'il ne pouvait plus se tenir debout ni marcher sans appui. Cet homme était habituellement constipé, et, un mois avant le début des accidents, il avait remarqué qu'il urinait moins abondamment que de coutume ; mais la miction était devenue plus fréquente. Six mois auparavant, il avait eu une blennorrhagie, pour laquelle il avait pris du copahu et des injections.

Un peu plus tard, il s'était aperçu que son urine contenait un peu de matière blanchâtre, mais il n'y avait pas fait autrement attention.