

Table des matières — De la médecine générale et de ses
principaux agents.

Hygiène — De l'entretien de la santé.

Médecine légale — Histoire naturelle, physique et
chimique de l'homme et de ses fonctions, le genre
de vie, l'âge et les autres circonstances.

Pharmacologie — De l'usage des médicaments.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 janvier 1875

PAR CORTÉ,

Né à Sancergues (Cher).

Ancien externe des hôpitaux.

DES

PARAPLÉGIES PUERPÉRALES

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1875

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BLCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	{ AXENFELD.
	{ HARDY.
Pathologie chirurgicale	{ DOLBEAU.
	{ TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
	BOUILLAUD.
Clinique médicale	{ SEE (G.).
	{ LASEGUE.
	{ BEHIER.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	{ GOSSELIN.
	{ BROCA.
	{ RICHEL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires.

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. ANGER.	MM. DELENS.	MM. GUENIOT.	MM. NICAISE.
BERGERON.	DUBRUEIL.	HAYEM.	OLLIVIER
BOUCHARD.	DUGUET.	LANCEREAUX.	POLAILLON.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANNELONGUE	RIGAL.
BROUARDEL.	FERNET.	LECORCHE.	TERRIER.
CHARPENTIER	GARIEL.	LE DENTU.	
DAMASCHINO.	GAUTIER.		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours cliniques des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	BALL.
— de l'ophtalmologie	PANAS.
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Examineurs de la thèse.

MM. DOLBEAU, *président*, GOSSELIN, DELENS, BROUARDEL.

M. PINET, *secrétaire*.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

MM. ALEXANDRE BROUARDEL, HAYEM,
AUBOIN.

A M. DOLBEAU

Professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de
Paris,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de médecine, etc.

☞ Témoignage de dévouement et de reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR BALL

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux, etc.

Je prie M. Ball de recevoir ici mes plus sincères remerciements pour les bons conseils qu'il m'a donnés dans la rédaction de ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. AXENFELD, BROUARDEL, HAYEM,
AUDHOU.

DES
PARAPLÉGIES PUERPÉRALES

DÉFINITION.

Nous désignons sous le nom de paraplégies puerpérales toutes celles qui naissent pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans la période puerpérale. Cependant, il est un certain nombre de ces paraplégies qui, tout en prenant naissance pendant l'état puerpéral, ne dérivent pas directement de cet état. Nous voulons parler de ces paralysies des membres inférieurs qui succèdent à un traumatisme ; dans les cas, par exemple, où les plexus lombaire et sacré ont été comprimés, soit par un utérus considérablement développé, soit par une position vicieuse de la tête du fœtus coïncidant avec un rétrécissement du bassin ; soit enfin par une application de forceps. Dans ces cas, en effet, la paralysie a une cause purement mécanique ; elle est née à l'occasion de la puerpéralité et non sous son influence directe. C'est là, si nous pouvons ainsi dire, la partie chirurgicale des paraplégies puerpérales. Cette catégorie de faits n'est certainement pas dénuée d'importance ; mais nous les laisserons un peu de côté dans ce travail, pour étudier plus complètement la partie médicale de ces affections. De ce côté se trouvent les cas les plus nombreux et les plus obscurs. L'état puerpéral, en effet, est un terrain pathologique favorable au développement d'un grand nombre de paraplégies. Il faut y

rattacher celles qui sont causées par des inflammations du tissu cellulaire du petit bassin ; par des abcès qui compriment les plexus d'où émergent les nerfs des membres inférieurs, et détruisent même parfois quelques-uns de ces nerfs. Ou bien aux inflammations succèdent des dépôts plastiques pouvant devenir la cause d'une compression permanente, ce qui éternise la maladie. La puerpéralité détermine également une prédisposition particulière aux lésions organiques. Ce sont des méningites, des myélites, etc., puis des hémorrhagies cérébrales ou rachidiennes. Enfin, ce même état puerpéral est la cause de paraplégies qui ne s'accompagnent d'aucune lésion de la moelle ou de ses enveloppes. Ainsi donc se trouve indiqué le but que nous nous proposons : étudier les paraplégies puerpérales, en ne faisant qu'effleurer celles qui sont d'origine traumatique.

HISTORIQUE.

L'histoire des paralysies puerpérales et des paraplégies en particulier, se lie à trois grandes théories nées de l'humorisme. On invoque, pour expliquer leur production, d'abord la rétention des lochies, puis une métastase laiteuse, puis enfin l'urémie

La première théorie d'origine hyppocratique a vécu jusqu'au xviii^e siècle.

Hippocrate avait déjà été frappé des paralysies variées qui surviennent chez les femmes en couches. Enumérant divers symptômes, et en particulier les douleurs, la céphalalgie, etc., qui se montrent lorsque les lochies coulent moins abondamment, il dit : « Elle (la femme) souffre au cou, au rachis et aux aines, etc. ; quelques parties du corps seront frappées d'impuis-

sance..... traitée, elle guérira; si elle n'est pas traitée, elle restera boiteuse ou *paralysée* de quelques parties du corps. »

Jusqu'en 1740, tous les auteurs, écrivant sur les maladies des femmes, signalent les paralysies puerpérales sans presque rien changer à la tradition hyppocratique.

A cette époque, Mauriceau (*Maladies des Femmes*, t. I, liv. 3), tout en admettant la théorie de la suppression des lochies, apporte de nouveaux faits et signale les convulsions violentes qui précèdent si souvent l'apoplexie et des paralysies variées.

Vers le milieu du xviii^e siècle, avec Puzos (*Traité des Accouchements*. Paris, 1759) apparaît la théorie des métastases laiteuses, théorie soutenue par Sauvages, Bourdeu, Lorry, etc. Alors, les dépôts laiteux remplacent définitivement la rétention lochiale. Tous les accidents sont rapportés à cette cause; et il est facile de voir que la plupart des faits cités par les accoucheurs et les pathologistes du xviii^e siècle, se rapportent à l'éclampsie. Levret (*L'art des Accouchements*. Paris, 1766) parle de l'apoplexie laiteuse. Deleurye (*Traité des Accouchements*. Paris, 1777), en parlant de l'humeur laiteuse qui se porte au cerveau, dit que : « La plupart des femmes qui échappent à l'apoplexie et à la frénésie, tombent dans la paralysie.

Au commencement du xix^e siècle, les auteurs qui ont écrit sur ce sujet parlent presque tous des paralysies puerpérales comme accidents survenant chez les femmes qui ont de la céphalalgie, des convulsions. Burns, Désormeaux, Miquel, Chaussier n'ajoutent rien

(1) Hyppocrate. Œuvres complètes, trad. E. Littré : Des maladies des femmes, liv. I, Paris, 1853, p. 93 et suiv.

à la question. Celle-ci commence à être envisagée a un nouveau point de vue, à partir du mémoire de Lever (1843), qui cite des observations d'albuminurie puerpérale. Une fois la coexistence de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérale prouvée et admise par tous, il était naturel de chercher à rattacher la seconde à la première. La quantité de faits observés prouvaient donc autre chose qu'une simple coïncidence entre ces deux états pathologiques. Il fallait bien y voir une relation de cause à effet. Cependant, l'altération très-réelle du sang, causée par la soustraction d'une certaine quantité de son albumine, paraît insuffisante pour donner naissance aux accidents éclamptiques. Les auteurs, d'accord sur ce point, se divisent pour expliquer la cause prochaine de l'éclampsie, et partant des paralysies qui peuvent en être la suite. C'est alors que se fait jour la théorie de l'urémie, à laquelle on a rattaché en partie, jusqu'à ces derniers temps, les paralysies puerpérales.

Cette troisième théorie ne rend pas compte de tous les faits. Depuis les travaux de Bach et Imbert-Goubeyre (1), qui rattachent tous les accidents à l'albuminurie gravidique, on a cité des paralysies puerpérales ne pouvant être expliquées par l'empoisonnement urémique. En outre, cette dernière explication, capable de rendre compte d'un certain nombre de paralysies partielles, se trouve complètement en défaut lorsqu'il

(1) Burns. Traité des accouchements, trad. Galliot.

(2) Désormeaux. Dict. de méd. en 21 vol., art. Eclampsie.

(3) Miquel. Des convulsions chez les femmes enceintes, en travail et en couches. Paris, 1824.

(4) Imbert-Goubeyre. De l'albuminurie puerpérale et de ses rapports avec l'éclampsie. In mémoire de l'Acad. de médecine, Paris, 1856, t. XX.

s'agit de paraplégies. Jamais elles n'ont été observées dans les cas d'albuminurie brightique (Lasègue, G. Sée).

C'est alors que M. Brown-Séguard (1) émet la théorie des paraplégies par contraction réflexe des vaisseaux de la moelle. Cette explication, basée sur la physiologie expérimentale, est attaquée par M. Jaccoud (2), qui essaie de lui substituer la théorie de l'épuisement nerveux.

Ces deux dernières opinions, soutenues de part et d'autre avec un grand talent, s'excluent cependant l'une l'autre. Nous verrons par la suite quelle est celle qui nous paraît le mieux rendre compte de la pathogénie de certaines paraplégies, qui ne peuvent s'expliquer autrement.

DIVISION.

Jusqu'ici, tous les auteurs qui ont écrit sur les paraplégies puerpérales ont pris l'étiologie pour base de leur division. Ainsi, il ont admis des paraplégies traumatiques, par lésions de la moelle, dyscrasiques (albuminurie, chloro-anémie) et enfin des paraplégies sans lésions appréciables, et que l'on désigne sous le nom de réflexes, hystériques, etc. Sans doute cette division est bonne et nous ne la rejetons pas entièrement; mais nous pensons que la multiplicité des causes nuit un peu à la clarté de la division. En outre, quelques auteurs tels que Churchill, Imbert-Goubeyre, assignent une place assez importante aux paraplégies par albuminurie.

(1) Brown-Séguard. Leçons sur le diag. et le traitement des paralysies des membres inférieurs, trad. Richard Gordon.

(2) Jaccoud. Les paraplégies et l'ataxie du mouvement. Paris, 1864.

MM. Hervieux (1), Charpentier (2) disent que cette dernière cause ne produit jamais de paraplégie. De cette diversité d'opinions résulte nécessairement une division variable et partant un peu confuse. C'est pourquoi nous proposons de diviser les paraplégies puerpérales en deux grands groupes :

- 1° Temporaires ;
- 2° Permanentes.

Cette division établie d'après la durée qu'affecte presque sans exception une paraplégie puerpérale donnée, nous semble avoir un certain avantage au point de vue pratique. En effet, dans un des deux groupes que nous avons établis, viendront se ranger naturellement toutes les paraplégies puerpérales observées. Suivant qu'elles appartiendront au premier ou au second, le pronostic se trouvera singulièrement facilité.

Le premier groupe comprend la classe des paraplégies dites réflexes, qui durent quelques jours ou quelques semaines, et qui disparaissent en général rapidement avec la cause d'irritation qui les a fait naître. Il comprend également celles qui sont causées par une congestion de la moelle, congestion qui se termine le plus souvent par la guérison.

Enfin le deuxième groupe renferme toutes celles qui succèdent à une méningite, une myélite, une hématomyélite. Presque constamment, en effet, ces affections produisent dans l'axe médullaire des désordres irrémédiables. Il en est de même des paraplégies causées par des suppurations étendues du petit bassin ; suppurations qui détruisent les nerfs qui se rendent aux mem-

(1) Hervieux. *Maladies puerpérales*, 1870.

(2) Charpentier. *Contribution à l'histoire des paralysies puerpérales*. Paris, 1872.

bres inférieurs, ou des eschares du sacrum dont le foyer communique avec la cavité rachidienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Il y a peu de choses à dire sur l'anatomie pathologique des paraplégies puerpérales. Cela se comprend facilement si l'on songe que ces affections sont rares, et que le plus grand nombre d'entre elles se terminent par la guérison. Cependant l'état puerpéral manifestant son influence par une tendance aux inflammations et aux suppurations dans les différents tissus, on comprend que la moelle ou ses enveloppes puissent être atteintes au même titre que les autres organes. En effet, les altérations que l'on trouve le plus fréquemment, proviennent de méningites, de myélites ou d'hémorragies rachidiennes. Ce sont également des abcès du petit bassin ayant détruit des nerfs qui se rendent aux membres inférieurs, ou ayant laissé des dépôts plastiques qui compriment ces mêmes nerfs.

Quelquefois les enveloppes de la moelle présentent une injection plus ou moins considérable; on trouve même du pus épanché dans le canal rachidien. Dans l'observation que nous rapportons (obs. 2) le pus semble provenir de l'eschare qui existe à la partie inférieure du sacrum. Cependant, la rapidité avec laquelle s'est produite la perte de substance, semble prouver, qu'avant la communication du foyer de l'eschare avec le canal rachidien, la moelle était déjà atteinte, et que la nutrition était en souffrance. Fréquemment on trouve une injection plus ou moins intense de la substance médullaire. On a observé, en même temps, une tuméfaction notable des cellules ganglionnaires, et souvent un

ou plusieurs foyers d'hémorrhagies, Il semble que la myélite ait préparé le terrain à l'épanchement sanguin. Il nous a paru intéressant de rapprocher ces altérations de celles qui ont été constatées par MM. Charcot et Hayem (1) dans des cas qu'ils rapportent à l'hématomyélite. En effet, nous voyons dans l'autopsie de paraplégie puerpérale la plus complète que nous ayons trouvée (2) : « Il y a du pus dans toute l'étendue du canal rachidien ; les enveloppes de la moelle sont injectées ; il y a, en outre, un foyer hémorrhagique de la grosseur d'un haricot un peu au-dessous du renflement dorsal... Puis un peu plus loin : examen microscopique : une coupe faite au niveau du foyer hémorrhagique montre des cristaux d'hématoïdine, des globules de sang altéré, des vestiges de tubes nerveux, des granulations très-fines, foncées... Ces tubes nerveux ne sont pas modifiés d'une façon apparente : les cellules de la substance grise paraissent plus volumineuses, etc... »

Ces observations microscopiques, quoique un peu incomplètes, sont cependant presque identiques à celles que M. Charcot rapporte comme exemple d'hématomyélite. Il insiste particulièrement sur la tuméfaction des cellules de la substance grise, car il dit (1) : « Ce qui frappe dans cet examen, ce sont les dimensions vraiment colossales que présentent, dans la substance grise, au voisinage des foyers sanguins, les cellules multiples. »

Il nous paraît évident que toutes les observations

(1) Hayem. Des hémorrhagies intra-rachidiennes. Thèse d'agrégation, Paris, 1872.

(2) Maringe. Des paraplégies puerpérales. Thèse, 1867.

(1) Bourneville. Hémorrhagie de la moelle épinière. Examen microscopique fait par M. Charcot (Gazette méd., 1851).

d'hémorrhagies rachidiennes puerpérales, et elles sont peu nombreuses, se rapportent à des hématomyélites. Quant au foyer sanguin, il est plus ou moins considérable : il varie de la grosseur d'un petit haricot à celle d'une noix ; il s'étend plus ou moins en longueur. Les parois du foyer, lorsqu'il est récent, sont constamment ramollies, déchiquetées, frangées, et présentent, dans une certaine étendue, une coloration jaunâtre, ecchymotique. Il y a de la substance nerveuse mélangée avec le sang. Celui-ci, habituellement coagulé, subit des métamorphoses diverses. Ses globules, plus ou moins altérés, se mélangent à la substance nerveuse désagrégée.

Enfin, on a noté un ramollissement de la moelle épinière. La seule observation que nous en connaissons est rapportée dans le mémoire de M. Charpentier (1). Encore, cette observation ne donne-t-elle aucun détail. On parle simplement d'un ramollissement en bouillie de la moelle épinière dans toute sa portion lombaire.

Citons, en passant, l'atrophie des membres inférieurs, lorsque la paraplégie dure depuis longtemps. Dans ce cas, le tissu adipeux a disparu en partie, les muscles sont flasques, la peau ridée et rugueuse...

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Le mécanisme par lequel se produisent la plupart des paraplégies puerpérales, est un sujet de controverse. Nous ne parlons pas, bien entendu, de celles qui résultent d'une compression nerveuse par la tête du fœtus ou une application de forceps. Dans ce cas, du reste, la paraplégie n'est presque jamais complète. Dans la majorité des cas, l'abolition du mouvement et de la sensibilité

(1) Charpentier. Loc. cit., p. 78.

est unilatérale ou est beaucoup plus prononcée d'un côté que de l'autre.

Dans tous les cas qui nous restent à examiner, comment se produisent les paraplégies? Nous voyons d'abord la moelle comprimée dans son segment lombaire par des produits résultant d'une méningite ou bien par du pus provenant d'une eschare au sacrum en communication avec la cavité rachidienne. Une myélite, née sous l'influence de l'état puerpéral, détermine une hémorragie rachidienne. Suivant qu'elle siège plus ou moins haut, les membres inférieurs seuls sont paralysés ou bien avec eux les muscles abdominaux, la vessie et le rectum.

Une suppuration étendue du petit bassin peut détruire ou amener la compression permanente des filets nerveux qui se rendent aux membres abdominaux.

A côté de ces modes de production, il en est d'autres qui ont été invoqués avec plus ou moins de raison. L'altération du sang, qui se produit chez les femmes grosses, peut être la cause de paraplégies. Les travaux d'hématologie de MM. Andral et Gavarret ont en effet démontré qu'il y avait, chez les femmes enceintes, une diminution notable des globules rouges. On comprend alors, que le sang n'apportant plus aux éléments nerveux leur excitation physiologique, une partie plus ou moins considérable de l'axe médullaire cesse de fonctionner.

Quelques auteurs (Churchill, Imbert-Gourbeyre) ont voulu faire jouer, à l'albuminurie gravidique, un rôle beaucoup trop important dans la pathogénie des affections qui nous occupent. Sans nier complètement ce mode de production, il est vrai de dire qu'il est extrêmement rare.

Nous arrivons alors à un groupe assez important qui ne peut être rattaché à aucun des processus pathogéniques que nous venons de passer en revue. Ce sont toutes les paraplégies puerpérales que nous désignerons avec Brown-Séquard sous le nom de réflexes. Ces dernières sont appelées par M. Jaccoud, paraplégies par épuisement nerveux. Entre ces deux théories différentes, nous dirons de suite que l'opinion émise par M. Brown-Séquard, nous semble appuyée sur des données expérimentales plus sûres. Elle nous paraît en outre rendre beaucoup mieux compte des faits pathologiques.

M. Jaccoud s'appuie sur les expériences physiologiques qui ont démontré que le pouvoir excito-moteur d'un nerf ou de la moelle était aboli par le passage d'un courant électrique intense et assez prolongé; puis qu'au bout d'un temps variable les rameaux conducteurs recouvrent leurs propriétés normales. La même chose se passerait, selon cet auteur, pour l'axe médullaire qui anormalement excité par une irritation périphérique, épuise plus ou moins rapidement son pouvoir excito-moteur; d'où paralysie des organes situés au-dessous du segment atteint. Cette interprétation qui assimile complètement l'irritation partie de l'utérus, par exemple, à un courant électrique, nous paraît forcer un peu l'analogie. En effet, dans toutes les expériences physiologiques et dans la seule observation citée par l'auteur, pour appuyer sa théorie, nous voyons la période d'inertie fonctionnelle, être précédée par des mouvements anormaux. La même chose n'a pas lieu dans les paraplégies qui nous occupent. Elles s'établissent le plus généralement par une marche lente et insidieuse. Puis dans les maladies où l'excitabilité de la moelle est portée à sa plus

haute puissance, comme dans le tétanos, dans la rage, on ne voit jamais survenir de paralysies.

Une autre objection adressée par M. Jaccond à la théorie de M. Brown-Séguard est celle-ci : « S'il existait réellement une ischémie de la moelle, l'organe devrait présenter, au bout d'un certain temps, les lésions matérielles qui caractérisent la dégénérescence ischémique. Or, c'est ce qui n'a pas lieu. » Nous ferons seulement remarquer que cette objection peut se retourner parfaitement contre la théorie de l'épuisement. Il est admis en effet que les éléments nerveux qui sont frappés d'inertie s'altèrent rapidement. C'est donc ce qui arriverait dans le cas où les cellules nerveuses, épuisées, ne fonctionneraient plus.

Quelle est l'interprétation invoquée par M. Brown-Séguard ? D'après lui, une irritation partie des nerfs utérins se réfléchit sur les vaisseaux de la pie-mère rachidienne. Il en résulte que la moelle ne recevant plus la même quantité de sang, son pouvoir excito-moteur diminue et peut même être complètement aboli. En effet, dans les membres dont l'innervation est sous la dépendance du segment médullaire atteint, on voit la paraplégie s'effectuer peu à peu. Si l'irritation cesse, la paralysie cesse également. Si l'irritation persiste, la contracture vasculaire et partant la paralysie demeurent.

Pourtant des objections assez nombreuses ont été faites à cette manière de voir. Le docteur Gull ayant répété les expériences de Brown-Séguard n'a pas vu, comme lui, les vaisseaux de la pie-mère rachidienne se contracter sous l'influence d'une irritation partie d'un organe abdominal. Presque tous les auteurs qui, après lui, ont nié les paraplégies réflexes, ont invoqué ces

expériences négatives. Or, elles ne possèdent pas la valeur d'un fait expérimental rigoureusement démontré, puisqu'elles n'ont pas été corroborées par d'autres. L'opinion émise par Brown-Séguard est appuyée par Donders et Snellen, qui ont constaté directement la contraction des vaisseaux de la pie-mère cérébrale à la suite de l'irritation du grand sympathique au cou. Puis en raisonnant par analogie, ne voyons-nous pas constamment des anémies locales amener des troubles variés. Témoin l'ancienne expérience de Stenon, souvent répétée depuis, dans laquelle la ligature de l'aorte abdominale, amène une paraplégie complète. L'absence du sang est l'unique cause de la suppression d'activité des tissus. Si, en effet, on enlève la ligature, on voit aussitôt revenir le mouvement et la sensibilité. Enfin, on a encore objecté que dans tous les cas on pouvait expliquer la paraplégie par la compression du plexus sacré et du nerf obturateur par la tête du fœtus. Tout en admettant la réalité de ce mécanisme, nous pensons que tous les cas ne peuvent y être rapportés. La compression, en effet, ne rend pas compte des paraplégies qui ont débuté après l'accouchement. Dans notre observation I, nous voyons une femme à sa grossesse. Les précédentes n'ont été signalées par aucun accident. L'enfant qu'elle porte n'est pas dans une position exceptionnelle (O. I. D. A.), son volume est également très-ordinaire. Doit-on, dans ce cas, rattacher sa paraplégie à une compression nerveuse? Assurément non, surtout si l'on songe à la parésie des membres supérieurs, indiquant que la contracture vasculaire a gagné une portion plus élevée de la moelle. Nous verrons en outre, à l'article du diagnostic, que les paraplégies d'origine réflexe peuvent être, jusqu'à un certain

point distinguées des autres par leurs symptômes et leur marche.

ÉTILOGIE.

Il est inutile de dire que l'état puerpéral est la cause prédisposante de l'affection qui nous occupe. Mais la puerpéralité étant donnée, nous devons rechercher quelles causes, nées sous son influence, déterminent les paraplégies observées assez fréquemment dans cet état. Tout d'abord, nous voyons le traumatisme : compression du plexus sacré par la tête du fœtus. Nous passons sur cette partie de l'étiologie qui ne rentre pas dans notre sujet. Nous sommes alors en face des paraplégies d'origine médicale; ce sont du reste les plus nombreuses. En première ligne, se placent la méningite, la myélite, l'hématomyélite. Ces affections, trouvant, dans l'état puerpéral, un terrain pathologique favorable à leur développement, sont peut-être les causes les plus fréquentes des paraplégies que nous avons appelées permanentes. Il en est de même des abcès du petit bassin. L'état chloro-anémique de la grossesse qui agit en fournissant au centre nerveux un liquide insuffisant à leur excitabilité normale. Une irritation, partie de la matrice, se transmet par les filets sensitifs du plexus utérin, et va produire une contraction réflexe des vaisseaux médullaires. Enfin, l'albuminurie gravidique peut-elle être invoquée comme une cause de paraplégies puerpérales? Nous ne le pensons pas. De l'aveu même de Imbert-Goubeyre, qui rapporte à l'urémie toutes les paralysies puerpérales, la paraplégie est l'exception. Lui-même, en effet, remarque que l'urémie amène plutôt, à sa suite, des paralysies de l'ouïe, de la vue ou des autres sens. Dans dix-neuf observations de

paralysies des extrémités, il ne cite qu'un cas de paraplégie, et encore avec des symptômes mal accusés (*sic*).

Mais on peut se demander, avec intérêt, pourquoi, parmi un certain nombre de femmes, soumises aux mêmes influences, les unes deviennent paraplégiques, les autres restent indemnes. Invoquera-t-on, pour expliquer cette différence, la mauvaise santé habituelle, la longueur et la difficulté du travail, une émotion violente au moment de l'accouchement, etc. Il est impossible d'attacher une grande valeur à ces explications banales. Nous aimerions mieux mettre cette différence sur le compte d'un état névropathique habituel; cet état, mal expliqué, mais incontestable, qui fait que certains organismes sont impressionnés bien plus vivement que d'autres par les mêmes sensations périphériques. Puis l'état puerpéral, lui-même, contribue beaucoup à développer cette susceptibilité nerveuse, soit en imprimant des modifications particulières à l'organisme entier, soit par le développement considérable que subissent les nerfs de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, nous avouons que la difficulté n'est pas entièrement résolue, et certaines particularités étiologiques de ces paraplégies restent encore fort obscures.

SYMPTÔMES ET MARCHE.

Les paralysies qui surviennent sous l'influence de l'état puerpéral ne sont pas très-communes. Parmi elles, viennent en première ligne les hémiplegies. Sur un relevé de 149 cas, fait par M. Charpentier, on trouve 57 observations d'hémiplegie et 25 de paraplégie. L'âge ne paraît avoir aucune influence ainsi que le nombre des grossesses. Tantôt la femme est atteinte à sa

première grossesse, et les suivantes aggravent presque toujours ou ramènent la paraplégie; tantôt elle a plusieurs accouchements heureux, et ce n'est qu'à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse qu'elle devient paraplégique.

La maladie se montrant presque toujours après la grossesse, débute d'une façon lente et insidieuse. C'est d'abord une simple faiblesse d'une ou des deux jambes; la malade s'aperçoit qu'elle se fatigue plus rapidement que de coutume. Assez souvent même, comme l'a fait remarquer M. Ball (1), des chutes, pendant la marche, donnent d'abord l'éveil sur cette parésie des membres inférieurs.

Quelquefois pourtant, le début est brusque; ce début s'observe surtout lorsqu'il s'agit d'une méningo-myélite comme dans l'observation II, ou bien d'une hémato-myélite. Dans ces dernier cas, la maladie atteint rapidement son apogée; elle est complète en quelques heures ou en quelques jours. Pourtant le processus morbide est le plus souvent beaucoup moins rapide, et c'est là le propre des paréplégies qui sont d'origine réflexe. Bientôt la malade qui, jusqu'ici, avait marché avec plus ou moins de difficulté, s'aperçoit qu'il lui est impossible de se tenir debout. Cependant, dans la position couchée, elle peut imprimer à ses membres inférieurs des mouvements plus ou moins étendus.

A la perte du mouvement s'ajoute celle de la sensibilité. Pourtant celle-ci peut présenter de grandes variétés, depuis une légère analgésie jusqu'à l'anesthésie la plus complète. Précédant, en général, l'abolition du

(1) Benj. Ball. Leçons sur les paraplégies puerpérales. Tribune médicale, 1873, p. 330 et suiv.

mouvement, elle revient la première lorsque la guérison a lieu.

La douleur est également un phénomène variable; et nous verrons, lorsqu'elle existe, qu'elle a une grande valeur diagnostique. Nulle ou presque nulle dans un grand nombre de cas, elle se montre parfois avec une intensité plus ou moins considérable, et doit alors faire songer à une altération médullaire. Ce sont des sensations de fourmillement, d'engourdissement dans les membres inférieurs; puis des douleurs violentes mais passagères: elles sont pourtant permanentes lorsqu'elles se font sentir sous forme de constriction autour de la ceinture. On peut, en outre, provoquer une douleur plus ou moins vive par des pressions sur les apophyses épineuses, ou en passant l'éponge mouillée le long du rachis.

Enfin la paralysie remonte plus ou moins haut; rarement elle atteint la vessie et le rectum, et, dans ce cas, elle varie depuis une simple paresse des réservoirs jusqu'à leur complète paralysie. C'est alors une complication fâcheuse, car le contact de liquides irritants provoque la formation d'eschares très-difficiles à guérir et propres à entraîner une terminaison fatale. Plus rarement encore les parois abdominales sont envahies. Alors, tantôt les femmes ne sentent pas les mouvements de leur enfant et le croient mort; tantôt comme dans un fait cité par M. Charpentier, elles ne constatent l'existence de leur enfant que par les déformations qu'il imprime à la paroi abdominale dans ses mouvements actifs. On comprendra facilement quelle influence considérable cette paralysie des muscles abdominaux peut exercer sur la parturition.

Habituellement les paraplégies puerpérales étant de

peu de durée, les masses musculaires ne subissent aucune altération. Cependant lorsqu'elles offrent un caractère permanent, on voit survenir, au bout d'un certain temps, des déformations caractéristiques. Comme dans les affections chroniques de la moelle, les membres dont l'innervation se trouve sous la dépendance du segment médullaire atteint, s'atrophient, la peau qui les recouvre fonctionnant mal, devient sèche et rugueuse.

Le pied, porté dans l'extension, ne peut plus se relever et les orteils se recourbent en griffe.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic doit résoudre les trois questions suivantes :

1° A-t-on affaire à une paraplégie ?

2° Cette paraplégie est-elle née sous l'influence de l'état puerpéral ?

3° S'il y a paraplégie, quelle en est la condition organique ?

Si la paraplégie est complète, le diagnostic symptomatique ne présente alors ni obscurité ni incertitude. Immobilité absolue des deux membres inférieurs qui ressemblent à deux masses inertes ; impossibilité complète où se trouve la malade de leur imprimer le moindre mouvement ; les deux jambes accolées l'une à l'autre, sont dans l'extension avec légère abduction qui tend à porter la pointe du pied en dehors. La sensibilité est tout à fait abolie. On peut pincer, piquer les membres inférieurs, y promener un corps froid et chaud, la malade ne sent rien.

La difficulté est un peu plus grande lorsque la paraplégie est incomplète. Dans ce cas, en effet, les malades

peuvent se tenir debout, et même faire quelques pas, seules ou avec l'appui d'une canne. Il faut se rappeler combien les femmes enceintes sont exposées à une faiblesse plus ou moins considérable des membres inférieurs et ne pas trop se hâter de conclure à l'existence d'une paraplégie. L'examen attentif de la marche et des contractions musculaires devront servir à résoudre le problème. Y a-t-il seulement asthénie des membres abdominaux, la malade fléchit sur ses jambes ou bien marche en traînant les pieds sur le sol.

On distinguera cet état d'une paraplégie incomplète, en ce que, les malades étant couchées, peuvent, à leur gré, contracter également tous les groupes musculaires; en outre, la sensibilité est conservée.

Nous ne parlerons que pour mémoire des cas où une atrophie musculaire progressive ou une anesthésie plantaire, existant par hasard chez une femme grosse, pourraient faire croire à une paraplégie puerpérale. Il suffira d'un examen un peu attentif pour lever tous les doutes. L'atrophie musculaire se reconnaîtra facilement aux déformations caractéristiques qui en résultent. L'anesthésie plantaire sera révélée par l'examen de la marche. Elle sera impossible si on fait fermer les yeux à la malade. Aussitôt qu'elle les ouvrira, elle pourra régler par la vue les mouvements de ses jambes et la marche deviendra à peu près normale.

L'existence de la paraplégie étant affirmée, est-elle sous la dépendance de la puerpéralité? Pour résoudre cette question, on devra s'enquérir avec soin, s'il n'existait pas, avant la grossesse, quelques symptômes d'une paralysie plus ou moins complète des membres abdominaux. On examinera s'il n'y a pas de déformations de la colonne vertébrale, indiquant l'existence d'un mal de

Pott, ou toute autre affection vertébrale pouvant déterminer une compression de la moelle. Si ces recherches prouvent une bonne santé antérieure ; si la malade n'était pas hystérique, affection qui peut amener des paralysies variées ; d'un autre côté, si la maladie a débuté vers la fin de la grossesse ou après l'accouchement, on sera en droit d'attribuer la paraplégie à l'état puerpéral.

Enfin, le diagnostic sera complété si on détermine exactement quelle est la condition organique de l'affection. Nous passons sur les paraplégies causées par la compression des nerfs pelviens. Le plus souvent le diagnostic sera facile à préciser. Ce qu'il faut déterminer avec soin, c'est la nature de la maladie qui a trouvé dans la puerpéralité un terrain favorable à son développement. Tout d'abord, et c'est là le moins fréquent, l'accouchement peut donner lieu à des hémorrhagies profuses à la suite desquelles on a observé parfois une paralysie des membres inférieurs. Les paraplégies anémiques et post-hémorrhagiques ayant été démontrées nettement par l'expérimentation, nous ne les nions pas. Nous constatons simplement leur extrême rareté, eu égard à la fréquence des pertes sanguines durant l'accouchement. Nous nous trouvons alors en présence d'un groupe considérable de paraplégies puerpérales dont la cause prochaine doit être déterminée avec le plus grand soin. Cette connaissance a une importance capitale pour le pronostic et le traitement. Ce sont les paraplégies par lésions médullaires et celles qui sont d'origine réflexe.

Le diagnostic différentiel de ces deux variétés de paraplégie, constituant un des chapitres les plus importants du livre de M. Brown-Séquard, nous ne pouvons

miéux faire que de le suivre dans sa description. D'après cet auteur, les paraplégies organiques seraient plus spécialement caractérisées :

1° Par la prédominance de l'élément DOULEUR. Il peut y avoir des douleurs au niveau même de la lésion ; des douleurs en ceinture ; des douleurs dans les membres ; enfin, ces trois ordres de phénomènes peuvent se trouver réunis.

2° Par les fourmillements, l'engourdissement, l'anesthésie, l'analgésie ; en un mot, par l'abolition plus ou moins complète de la sensibilité normale.

3° Par des sensations fausses de chaleur, de froid, de brûlure.

4° Par la paralysie du rectum et de la vessie.

5° Enfin, par l'extension graduelle de la paralysie vers les membres supérieurs, et par la formation d'eschares vers les derniers temps de la vie.

— Les paraplégies réflexes seraient caractérisées au contraire :

1° Par l'absence plus ou moins complète des douleurs.

2° Par un affaiblissement moins prononcé du mouvement dans les membres.

3° Par un début habituellement moins brusque et plus insidieux que celui des paraplégies par lésions organiques.

4° Enfin, par le retour habituel à la santé ; la guérison est ici de beaucoup la terminaison la plus fréquente.

Nous voyons ainsi que l'ensemble symptomatique, assez tranché dans ces deux variétés de paraplégie, permettra de les reconnaître assez facilement. Si la paraplégie est simplement fonctionnelle, on la voit s'arrêter lorsqu'elle est parvenue à un certain degré d'intensité.

Elle a une tendance manifeste à rétrograder. Aussitôt que la cause d'irritation a disparu, les forces reviennent rapidement, et il est bien rare que la maladie ne marche pas vers la guérison. Si, au contraire, l'accouchement amène une aggravation des symptômes, ou donne le signal d'un début brusque et rapide de la paraplégie ; si on voit la vessie et le rectum se prendre, on sera fondé à admettre l'existence d'une paraplégie organique. Enfin, le doute subsisterait-il pendant un certain temps, il arrivera fréquemment que la déformation en griffe des orteils fasse cesser toute incertitude.

PRONOSTIC.

D'après ce qui a été dit au chapitre précédent, on peut déjà se faire une idée assez complète du pronostic que comportent les différentes variétés de paraplégies puerpérales ; celles qui tiennent à l'anémie ou à des hémorrhagies considérables, sont en général sans gravité. Elles disparaissent sous l'influence d'un régime tonique approprié. Du reste, elles sont très-rares, et si on les voit persister longtemps, on devra penser qu'il y a une autre cause à la paraplégie.

Quant à celles qui ont débuté progressivement sans douleur, qui présentent enfin les symptômes que nous avons attribués aux paraplégies réflexes, le pronostic sera favorable. Nous savons, en effet, qu'elles rentrent toutes dans la classe de celles que nous avons appelées temporaires. Leur durée se limite à quelques jours ou quelques semaines.

Avons-nous affaire à une de ces paraplégies dont le début a été brusque, la marche rapide et douloureuse ; nous sommes alors en présence d'une méningo-myélite

ou d'une hémorrhagie rachidienne. Nous devons dans ce cas envisager l'avenir des malades sous les couleurs les plus sombres. Elles sont presque fatalement condamnées à une infirmité irremédiable.

Si une première grossesse a déterminé une paraplégie, il est à craindre que, si la femme devient enceinte de nouveau, l'affection existante soit aggravée si elle n'est pas complètement guérie. Si elle a disparu, une nouvelle grossesse peut la ramener; c'est même là le cas le plus fréquent.

Lorsqu'il existe une paraplégie puerpérale, devra-t-on craindre, comme cela a été dit (1), des hémorrhagies considérables lors de l'accouchement? Assurément le fait peut se produire, et M. Gamet en rapporte des exemples; mais, si l'on considère le nombre des accouchements effectués dans ces conditions, on voit que, proportion gardée, les pertes sanguines ne sont pas plus redoutables que dans les cas ordinaires. Cette considération ne devra donc pas assombrir le pronostic.

L'acte même de la parturition est-il influencé par la paraplégie? Dans la plupart des cas, lorsqu'il y a paralysie des membres inférieurs, l'accouchement se fait plus facilement qu'à l'état normal, grâce au peu de résistance qu'opposent les plans musculaires du périnée. Lors donc que la paraplégie sera bornée aux membres abdominaux, le pronostic, au point de vue de l'accouchement, sera essentiellement favorable. — Mais, si les muscles abdominaux sont atteints, les choses ne se passent pas de la même façon. Comme ils entrent en action lors de la période expulsive du fœtus, à ce moment leur contraction faisant défaut, il y a un temps d'arrêt, et

(1) Docteur Gamet. De la coexistence de la paraplégie avec la grossesse (Bull. de la Soc. de méd. de Lyon, 1862).

l'intervention directe de l'accoucheur devient presque toujours nécessaire. On pourra dire, en résumé, que l'accouchement sera d'autant plus difficile, que la lésion de la moelle est située en un point plus élevé. La physiologie expérimentale a démontré, en effet, que c'est surtout la section de la moelle épinière qui exerce une action paralysante sur les contractions utérines; elle peut même les supprimer complètement si elle est pratiquée sur un point assez élevé de l'axe.

Enfin, on n'oubliera pas que les paraplégies fonctionnelles qui comportent, en général, un pronostic favorable, peuvent, si elles se prolongent trop longtemps, faire craindre pour l'avenir. Ce n'est pas impunément, en effet, que ses éléments nerveux cessent de fonctionner. A la longue, il se produit des lésions définitives.

Ces faits, admis par tous les observateurs, peuvent se rapprocher des cas cités par M. Charcot. Il a démontré qu'un certain nombre de paralysies hystériques existent avec des lésions médullaires. D'un côté, comme de l'autre, la paralysie d'abord, « sine materia, » finit par devenir matérielle et le pronostic change singulièrement.

TRAITEMENT.

D'après ce qui a déjà été dit, on comprend facilement que le traitement doit varier suivant la variété de paraplégie à laquelle on a affaire. Se trouve-t-on en présence d'une paraplégie anémique ou post-hémorragique, on aura surtout recours à un traitement reconstituant. Les ferrugineux, les toniques, seront employés exclusivement, et si l'on a réellement à combattre la variété que nous supposons, on verra bientôt revenir, avec la recon-

stitution des globules rouges, le mouvement et la sensibilité des membres inférieurs. Inutile d'ajouter qu'il sera bon de hâter la guérison par un séjour à la campagne, un exercice modéré, quelques sages pratiques d'hydrothérapie.

Si on se croit en face d'une paraplégie réflexe, tous les efforts du médecin tendront à diminuer la transmission de l'irritation morbide. A cet effet, on essaiera de diminuer la sensibilité utérine au moyen des narcotiques, des injections laudanisées dans le vagin ou le rectum, un suppositoire belladonné contenant 25 milligr. d'extrait de belladone, ou bien une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigr., que l'on porte jusque sur le col de l'utérus. On peut, en outre, tenter de faire arriver à la moelle épinière une plus grande quantité de sang, et, par là, d'augmenter son pouvoir excito-moteur. Les moyens recommandés à cet effet sont d'abord la position à donner à la malade. On la fera coucher sur le dos, en plaçant sa tête, ses bras et ses jambes sur un plan plus élevé que celui du tronc. De cette façon, l'action de la pesanteur fait affluer une plus grande quantité de sang vers l'axe médullaire. On y joindra une alimentation substantielle propre à augmenter le pouvoir nutritif du sang. — Un autre moyen, recommandé par M. Brown-Séguard, est l'administration de la strychnine. D'après cet auteur, cet alcaloïde agit en dilatant les capillaires qui nourrissent la moelle. Il remplit donc parfaitement le but qu'on se propose. Malheureusement la pratique ne répond pas toujours aux espérances données par la théorie. On devra néanmoins toujours recourir à ce moyen qui, dans certains cas, a donné de bons résultats. Lorsque l'on verra un mieux sensible se produire, on pourra hâter une terminaison favorable

par les bains sulfureux, le massage des membres inférieurs. Mais, dans certains cas, le plus sûr moyen d'avoir raison de la paraplégie et de certains accidents qui peuvent la compliquer, c'est l'accouchement. Dans l'observation 1, en effet, nous voyons tous les accidents les plus redoutables cesser après la délivrance. Dans un cas semblable, où l'appareil symptomatique peut faire craindre une terminaison funeste, le médecin est en droit d'avoir recours à l'accouchement prématuré.

Quelle est enfin la conduite à tenir en face d'une paraplégie organique? Nous savons que cette forme est celle qui comporte le pronostic le plus sombre. Tous les moyens indiqués comme ayant donné de bons résultats, doivent être néanmoins tentés. En premier lieu deux cas se présentent : dans l'un, les muscles n'ont pas encore subi d'altérations. Il n'y a pas de contractures ; les orteils ne sont pas recourbés en griffe. On pourra alors tenter l'emploi de la strychnine et du nitrate d'argent ; puis les cautérisations au fer rouge le long de la colonne lombaire. — Dans l'autre cas, les muscles ont éprouvé diverses altérations : atrophie considérable ; flexion forcée des orteils en forme de griffe. Le moyen qui semble avoir donné les meilleurs résultats, est l'électrisation par les courants continus le long de la colonne vertébrale. Dans l'observation 2, tous les traitements usités en pareille circonstance (cautérisations, faradisation des muscles) ayant échoué, ce n'est que par les courants continus que l'on a obtenu un mieux sensible.

OBSERVATIONS.

Obs. I. — Personnelle.

Le 21 janvier 1874, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Agathe, n° 6, la nommée Lefèvre. Son admission est nécessitée par une bronchite aiguë qui suit sa marche ordinaire et ne présente rien de particulier.

A l'époque de son entrée à l'hôpital, la malade était enceinte de quatre mois environ.

Vers les premiers jours de février, sa bronchite étant guérie, elle s'aperçoit qu'elle ne peut faire péniblement que quelques pas dans la salle. A ce moment (16 février), on examine la malade et on peut constater l'état suivant :

Les membres inférieurs ont notablement perdu de leur force ; les membres supérieurs eux-mêmes sont affaiblis, surtout à droite. La sensibilité est complètement abolie aux membres abdominaux ; il y a une légère analgésie aux membres supérieurs. — La marche est presque impossible ; la malade peut faire quelques pas, mais elle chancelle aussitôt et est obligée de s'arrêter : vessie et rectum sains. Urines normales.

La malade est alors au cinquième mois de sa grossesse. Son état reste stationnaire pendant environ deux mois.

6 mai. Elle est prise de vomissements répétés. Douleurs lombaires excessivement violentes qui arrachent des cris à la malade. Injections de chlorhydrate de morphine qui amènent un calme momentané.

Le 7, les vomissements continuent, leur fréquence augmente. Vésicatoire que l'on panse avec 2 centigr. de chlorhydrate de morphine.

Le 8, les vomissements sont de plus en plus répétés ; ils sont presque incessants. Les douleurs lombaires persistent. — Cet état continue pendant cinq jours ; les vomissements sont incoercibles.

Le 13, M. Ball agite, avec M. Duplay, la question de l'avortement. Pouls à 132.

Le 15, l'accouchement est provoqué au moyen du dilatateur utérin de Tarnier. Il se termine heureusement. Le fœtus qui a environ huit mois et demi est parfaitement viable et paraît assez vigoureux.

Les jours suivants, il n'y a rien de particulier à noter, sauf la

cessation complète des vomissements; la malade nourrit son enfant; elle se plaint de quelques douleurs passagères dans la jambe droite. Il y a toujours une grande faiblesse des membres inférieurs; la sensibilité est encore complètement abolie. La malade étant couchée peut cependant imprimer des mouvements assez étendus à ses jambes.

Cet état persiste encore quelque temps; cependant vers les derniers jours du mois de mai, on peut constater une amélioration notable. La sensibilité est revenue en grande partie dans les membres inférieurs; les impressions sont également beaucoup mieux perçues dans les membres supérieurs.

Dans la première quinzaine de juin, l'amélioration augmente; la malade commence à faire quelques pas dans la salle avec un appui. Un peu plus tard, elle marche seule.

L'amélioration quoique marchant lentement se continue cependant.

Le 10 juillet, la malade se plaint de douleurs vives sur le trajet des nerfs intercostaux inférieurs. La percussion et l'auscultation sont négatives. Ces douleurs cessent sous l'influence des injections morphinées pour reparaitre ensuite.

Le 12, on trouve la malade reprise de nausées et de vomissements semblables à ceux qui avaient lieu avant l'accouchement. Les traits sont tirés, les yeux enfoncés dans leur orbite, le nez paraît effilé. La malade présente enfin le facies abdominal. Cependant le ventre est normal, rien à l'auscultation. Douleurs violentes dans la région lombaire. Les urines examinées donnent un précipité albumineux assez abondant.

Le 14, les vomissements sont moins violents. La malade est surtout tourmentée par des nausées incessantes; la physionomie est beaucoup moins altérée. — L'urine ne présente plus qu'une trace d'albumine à peine perceptible. On continue les injections morphinées et les bains prolongés (2 h. 1/2.)

Le 15, la malade est beaucoup mieux, les nausées et les vomissements ont cessé. Plus de douleurs. L'urine ne présente plus trace d'albumine.

Cette violente secousse n'a pas arrêté l'amélioration de la paralysie.

La malade sort de l'hôpital à la fin de juillet. Elle est encore un peu faible sur les jambes, mais cependant peut marcher sans appui. Son enfant qui est en nourrice depuis un mois, se porte fort bien.

Obs. II. — Paraplégie puerpérale. (Leçons faites par M. le Dr Ball à l'Hôtel-Dieu, publiées dans la *Tribune médicale*, de 1872.)

La nommée B., âgée de 28 ans, domestique, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, n° 20, le 12 octobre 1871.

Cette jeune femme, dont la santé avait toujours été irréprochable jusqu'alors, est tombée malade à l'occasion d'une première grossesse. Elle était enceinte de quatre mois et demi, lorsque le 8 octobre, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, sans avoir commis aucun excès de régime ni de travail, elle fut prise subitement d'un malaise général avec fièvre, courbature et céphalalgie. Elle continua néanmoins son service, mais avec beaucoup de difficulté. Le lendemain matin, après une nuit passée sans sommeil, elle se trouvait paralysée de la jambe droite.

Pendant les deux premiers mois de son séjour à l'hôpital, son état est resté à peu près stationnaire : il existait une paralysie presque complète du mouvement et un affaiblissement notable de la sensibilité dans la jambe droite ; en même temps, elle éprouvait de vives douleurs dans le membre, ainsi que dans la hanche du même côté.

C'est seulement deux mois plus tard que la jambe gauche a commencé à se paralyser ; mais ici la marche de la maladie a été insidieuse et progressive : au lieu de débiter brusquement, la paralysie s'est affirmée peu à peu, et le membre n'a jamais été le siège de douleurs vives, comme à droite.

La malade est accouchée le 21 mars 1872 ; le travail a duré vingt-quatre heures ; il n'y a pas eu d'application de forceps. L'enfant n'a vécu que quatre heures.

Le rétablissement de l'accouchée a été rapide, et la paralysie, loin de s'aggraver, a paru subir un léger degré d'amélioration. Cependant la malade n'a jamais pu quitter le lit. Elle a été traitée longtemps, sans aucun succès, par la faradisation.

Actuellement (1^{er} septembre 1872), la malade présente les symptômes suivants : Il existe une paralysie absolue du mouvement dans la jambe droite : Ce membre, d'ailleurs très-amaigri, présente la griffe caractéristique des anciennes paralysies ; le pied est dans l'extension forcée, les orteils dans la flexion. Non-seulement les mouvements volontaires sont abolis, mais l'excitation faradique elle-même ne réveille plus aucune contraction dans les muscles. Le chatouillement de la plante du pied détermine encore quelques légers mouvements réflexes.

Corté.

La sensibilité est au contraire assez bien conservée. Du côté gauche, il existe encore quelques mouvements volontaires, et l'électricité provoque des contractions bien évidentes. La sensibilité est intacte; toutefois l'amaigrissement est également prononcé des deux côtés.

La déformation du membre, que nous avons déjà signalée à droite, se retrouve également à gauche; et, chose singulière, la contracture est plus prononcée de ce côté, bien que tous les autres symptômes y soient moins accentués. C'est ainsi que le gros orteil gauche est fortement fléchi dans la plante du pied, tandis que du côté droit, il conserve sa position normale.

Les douleurs spontanées ont complètement disparu et la santé générale de la malade est satisfaisante. L'appétit est bien conservé, le sommeil excellent; il n'y a point de paralysie des sphincters, mais au contraire un peu de constipation.

La menstruation s'est rétablie cinq semaines après l'accouchement, et s'est toujours manifestée régulièrement depuis.

Signalons enfin un curieux phénomène qui ne s'est produit que depuis quelques mois, et qui vient compléter le tableau de la paralysie: c'est une transpiration abondante, qui se produit aux deux jambes et ne se montre nulle autre part.

Obs. III (abrégée, empruntée à la thèse de Maringe). — Des paraplégies puerpérales, 1867.

Le 22 juin 1867, entre à la Clinique, Victorine Adrian, âgée de 39 ans, d'une bonne constitution. Cette femme a déjà eu neuf enfants dont sept à terme. Réglée depuis l'âge de 12 ans, elle voit habituellement deux jours par mois. Ses dernières règles ont paru le 18 septembre. On la suppose donc enceinte d'environ neuf mois. Elle sent bien les mouvements de son enfant.

Il y a quatre semaines environ, elle commença à éprouver quelques difficultés dans la marche. Sa jambe droite devenait lourde; en même temps le membre inférieur gauche perdait notablement de sa sensibilité et de sa motilité. Cet état resté à peu près stationnaire jusqu'au 15 juin, s'aggrave, ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital. Voici quel est son état :

Anesthésie du membre inférieur gauche plus marquée en certains points qu'en d'autres. Insensibilité absolue si l'on pince fortement les téguments. Cette anesthésie n'est pas limitée à la jambe; l'abdomen, dans sa partie latérale gauche, le thorax et même le

cou en sont atteints, mais elle va en décroissant à mesure que l'on s'élève.

Les mouvements sont difficiles, mais la lésion de la motilité est moindre qu'à droite.

Paralysie incomplète du membre inférieur droit. La motilité seule est diminuée, car la sensibilité est plutôt exaltée. La paralysie remonte également plus haut. Ainsi de sa main droite la malade serre bien moins fortement que de sa gauche.

La malade accuse de plus une assez vive douleur à l'épaule droite, et une autre dans la région des fausses côtes. La moindre pression en ce point lui est très-douloureuse.

Les jours suivants, la paralysie va en croissant.

Le 26. Elle est complète. La vessie et le rectum sont pris. En chatouillant la pointe du pied à droite on observe des mouvements réflexes à plusieurs reprises.

Le 29. En explorant la colonne vertébrale, on constate, au niveau de la deuxième ou troisième vertèbre lombaire, un point plus douloureux à la pression. Il y a dans le membre inférieur droit un trouble de sensibilité qui se traduit, pour la patiente, par une sensation marquée de froid quand on en approche les mains.

Le 30. Accouchement très-facile vers deux heures de l'après-midi. L'enfant, du sexe féminin, pèse 4095 gr.

2 juillet. Fièvre, agitation, pouls à 120, chaleur vive de la peau. Ces symptômes font craindre une péritonite ou une métrite.

Sous l'influence d'un traitement approprié, les accidents semblent conjurés au bout de deux jours. Pourtant à ce moment (4 juillet), la malade ressent une douleur dans la cuisse droite. La région fessière du côté est aussi très-sensible; quelques envies de vomir. Douleurs en ceinture partant de la région lombaire, se dirigeant en avant, vers le pubis.

Cependant, depuis l'accouchement, l'état d'innervation s'améliore lentement; le mouvement commence à revenir dans la jambe droite que la malade soulève un peu sans aide.

Les jours suivants, les douleurs sont vives dans le pied et la jambe droite; la paralysie s'améliore lentement; il se fait une eschare au sacrum.

La malade a de la diarrhée, l'eschare fait des progrès et vers le 20 juillet, on peut constater que l'os est à nu dans sa partie inférieure.

Le 22. Recrudescence subite: la diarrhée qui était guérie reparait soudain; en même temps il y a des nausées fréquentes; un

frisson violent ; des douleurs lancinantes dans la cuisse droite. —
Fièvre intense : pouls 130.

Le 24. Il y a un peu de mieux ;

Le 27. On constate un nouvel envahissement de la première
eschare.

Le 31. Aggravation considérable et pouls insensible. Mort le
1^{er} août.

Autopsie le 2. A l'ouverture du canal rachidien, on trouve du
pus verdâtre en quantité considérable entourant les enveloppes de
la moelle ; surtout le renflement lombaire et la queue de cheval.
La partie inférieure du canal rachidien ouverte est en communica-
tion avec l'eschare ; les trous de conjugaison sont aussi pleins de
pus, et dans l'intérieur du bassin on trouve des fausses membranes,
surtout à la partie inférieure et du pus entoure de toutes parts la
moelle. On trouve du pus dans toute l'étendue de la moelle et jus-
qu'à la base de l'encéphale. Les membranes cérébrales présentent
aussi une vive injection, et dans les ventricules latéraux, il y a de
la sérosité louche, puriforme.

Dans les autres organes, pas d'altération appréciable ; l'utérus,
revenu sur lui-même, est en rétroversion très-prononcée.

Examen microscopique de la moelle.

A peu près à 0,05 au-dessous du renflement dorsal, on trouve,
dans l'épaisseur de la moelle, un foyer hémorrhagique de la gros-
seur d'un petit haricot, d'une couleur noire foncé, partant du
milieu de la moelle et s'étendant à la partie antérieure, jusqu'aux
enveloppes médullaires. Examinée au microscope, on trouve des
cristaux d'hématoidine des globules de sang altéré, des vestiges de
tubes nerveux, du tissu lamineux de nouvelle formation, avec un
grand nombre de granulations très-fines, foncées, qui contribuent
à donner au foyer sa coloration ; granulations qu'on ne retrouve
pas dans les autres parties de la moelle. La substance médullaire
à l'œil nu, a l'aspect ordinaire, sauf une légère injection à la sur-
face contiguë aux enveloppes enflammées.

Les tubes nerveux ne sont pas modifiés d'une façon apparente ;
les tubes de la substance grise paraissent plus volumineuses, sont
distendus par de fines granulations jaunes qui les colorent et ren-
dent leur examen plus facile.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Articulation coxo-fémorale.

Physiologie. — De la faim et de la soif.

Physique. — Electroscope et machines électriques.

Chimie. — Des oxydes de fer, de zinc et de manganèse; leur préparation; caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des polypiers; caractères généraux, classification des éponges et des coraux; leurs usages en médecine.

Pathologie externe. — De l'angioleucite.

Pathologie interne. — Du rhumatisme cérébral.

Pathologie générale. — Des rechutes.

Anatomie et histologie pathologiques. — Etude anatomique des lésions attribuées à la syphilis.

Médecine opératoire. — Résection de l'épaule.

Pharmacologie. — Des extraits. Qu'entend-on par extraits aqueux dépurés et non dépurés, éthérés, etc.; quels sont les différents modes des opérations employées pour les obtenir; quelles sont les expressions employées pour indiquer leur consistance, les altérations qu'ils peuvent subir et les moyens à employer pour les prévenir?

Thérapeutique. — De l'emploi des applications topiques.

Hygiène. — Du choix d'une nourrice.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des cheveux et des poils de l'homme pris dans diverses régions du corps; distinguer ceux-ci de ceux qui appartiennent à divers animaux.

Accouchements. — De l'œdème qui complique la grossesse; sa valeur différente suivant son siège.

Vu, bon à imprimer,
DOLBEAU, Président.

Permi d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.

