

a pas d'atrophie musculaire des mains, et les contractions fibrillaires jusqu'alors sont restées localisées à la racine des membres supérieurs et aux régions cervicales latérales.

Les réactions électriques ont été faites par Bourguignon et Gastaud. On n'a pas constaté de réaction de dégénérescence, mais la diminution simple des courants galvanique et faradique. Ébauche de réaction myasthénique.

La langue, malgré son apparence légèrement atrophiée, a gardé ses réactions électriques normales. Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine. Le B.-W. est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Ainsi, au cours d'une étape évolutive déjà longue d'une myasthénie qui pendant trois ans se cantonne dans la schéma classique, se surajoutent deux signes de la série de sclérose latérale amyotrophique : *les contractions fibrillaires et l'exagération des réflexes tendineux.*

S'agit-il donc d'un type de passage entre la myasthénie et la sclérose latérale ? Certains neurologistes pensent qu'il existe des formes de transition entre ces deux maladies et décrivent de telles modalités intermédiaires sous le nom de polio-encéphalo-myélite chronique. Nous ne pensons pas que myasthénie et sclérose latérale soient deux maladies pouvant évoluer l'une vers l'autre. Elles sont différentes et autonomes. Et si quelque jour des réactions humorales étaient mises en lumière, elles seraient certainement la confirmation de la scission étiologique entre la myasthénie et la sclérose amyotrophique.

Par contre, depuis que nous connaissons la symptomatologie de l'encéphalite épidémique, de la névrite épidémique, il est évident que le chapitre des polio-encéphalites chroniques, supérieure ou inférieure, demande à être révisé. Bon nombre d'observations publiées avant la guerre sous cette dénomination relèvent de l'encéphalite épidémique.

En dernière analyse, c'est bien d'une myasthénie qu'il s'agit chez cette jeune femme étudiée devant vous. Les contractions fibrillaires et l'hyper-réflexivité tendineuse dont elle est atteinte, ne nous paraissent témoigner que d'une répercussion irritative plus grande du processus toxique sur les grosses cellules antérieures et sur les faisceaux pyramidaux ou para-pyramidaux et sont d'un élément pronostique fâcheux.

VI. — Méthode radiographique d'exploration de la Cavité Épidurale par le Lipiodol, par MM. J.-A. SICARD et J. FORESTIER.

Il est une huile iodée, préparée par Lafay, sous le nom de Lipiodol, huile dense, épaisse, qui tombe rapidement au fond du vase rempli d'eau, qui est incolore, dépourvue de causticité et de toxicité, parfaitement supportée par les tissus et qui présente cette qualité remarquable de se montrer fortement opaque aux rayons X.

Nous ne discuterons pas ici ses propriétés curatrices qui sont, à notre avis, indiscutables dans les algies, dans les rhumatismes musculaires, et dans les sciatiques notamment. Le lipiodol paraît agir thérapeutiquement non pas tant par la mise en liberté d'iode (car cette mise en liberté est extrêmement minime, puisqu'on retrouve, à la radiographie, la substance lipiodolée localisée au sein des tissus, des mois et même des années

après son injection), mais il paraît s'insinuer à travers les fibres musculaires ou le tissu cellulaire, provoquant les phénomènes de réaction favorable lente du tissu sous-jacent, agissant ainsi sur les extrémités nerveuses et les plaques sensitives.

Les radiographies de lipiodol sont si démonstratives que cette substance, vis-à-vis de laquelle les tissus ont une tolérance exceptionnelle, pourrait être utilisée avec avantage pour interroger l'arbre pulmonaire, les trajets fistuleux, etc.).

Nous avons pensé qu'on pouvait, en système nerveux, explorer à l'aide de ce liquide huileux une cavité de l'organisme qui jusqu'alors s'était dérobée à toute investigation de ce genre : *la cavité épidurale*.

Nous avons, en effet, dans ce but essayé les injections de *collargol*, injections très douloureuses, restant sur place, et ne donnant, au taux de tolérance, que des schémas radiographiques peu précis.

L'injection d'air par la voie épidurale sacro-coccygienne (voie que nous avons fait connaître il y a longtemps), *le pneumo-épidural*, donne des images moins imprécises que le collargol, mais provoque pendant plusieurs heures des douleurs compressives souvent intenses et qui s'opposeraient à l'utilisation pratique de ce procédé.

Par contre, le lipiodol n'a aucun de ces inconvénients. Il sera injecté, de préférence, au niveau de la région lombaire, au siège électif de la rachicentèse.

L'opérateur qui a quelque peu l'habitude de cette petite intervention se rend fort bien compte de la traversée par l'aiguille du ligament jaune. Aussitôt cette traversée effectuée, la pointe de l'aiguille ou plutôt d'un petit trocart approprié se meut en pleine cavité. Elle est au sein du tissu cellulo-graisseux. Elle est prête à perforer la dure-mère et à provoquer l'issue du liquide céphalo-rachidien. Cette dernière étape n'est naturellement pas franchie et l'on pousse le lipiodol à la dose de 2 cc. environ. Il tombe dans le manchon graisseux péri-dure-mérien. La graisse qui est fluide et peu dense permet son insinuation rapide. Quelques heures après son introduction, on le retrouve déjà à plusieurs centimètres au-dessous du lieu d'injection, et dès le lendemain la radiographie le localise au niveau de l'hiatus sacro-coccygien.

Comme cette substance lourde obéit à l'action de la pesanteur, il suffit de mettre le sujet en position déclive, sorte de Trendelenburg, avec billots sous les pieds inférieurs du lit, pour obtenir un acheminement vers les régions hautes du rachis, région dorsale, région cervicale. Après un jour ou deux environ de mobilisation, le lipiodol se fixe dans les tissus épiduraux. A deux ou trois semaines d'intervalle, les images radiographiques se présentent à peu près sous les mêmes aspects.

Nous insistons sur ces faits remarquables que l'introduction du lipiodol, son parcours épidural, sa fixation, sa persistance au sein des tissus, ne provoquent aucun phénomène d'intolérance, ni douleurs, ni compression.

On comprend l'intérêt de cette exploration pour déterminer la perméabilité de l'espace épidural, pour localiser, par exemple, une tumeur de cette région, une ostéite compressive, etc.

Si d'aventure, au cours de l'injection lombaire, il survenait un accident de pénétration d'huile, dans le liquide céphalo-rachidien, il n'y aurait aucun motif d'alarme. Le liquide céphalo-rachidien tolère remarquablement le lipiodol, comme nous le montrerons dans une prochaine séance. Dans ce second espace péri-médullaire, il est loisible également de localiser le médicament sur telle ou telle hauteur médullaire suivant la position plus ou moins déclive donnée au sujet.

Les images radiographiques sont d'une netteté parfaite à cet égard.

VII. — Conscience ou inconscience de perception des Contractions Fibrillaires, par M. J.-A. SICARD.

J'apporte une simple remarque au sujet des contractions fibrillaires. J'ai cherché, depuis un certain temps, à me rendre compte si les contractions fibrillaires étaient perçues ou non par le sujet qui en est atteint. J'ai ainsi interrogé des malades atteints de sclérose latérale amyotrophique, de névrites périphériques, de névrite épidermique, de névropathie, etc.

Je crois pouvoir dire que les scléreux amyotrophiques, qui présentent des contractions fibrillaires diffuses, disséminées, généralisées, ne ressentent pas ou ne ressentent que d'une façon infime les palpitations musculaires ou les battements musculaires qui affectent leurs membres. Les névritiques périphériques, les névritiques épidermiques, les névropathes, ou encore les sujets qui palpitent musculairement sous l'impression du froid ont, au contraire, la conscience de leurs contractions. Il y a donc dans ces constatations un élément intéressant de pronostic, qui ne paraît pas négligeable.

VIII. — M. VINCENT.

IX. — Kinésie paradoxale. Mutisme parkinsonien, par MM. J. BABINSKI, B. JARKOWSKI et PLICHET.

La malade qui fait l'objet de cette présentation a été atteinte en février 1921 d'encéphalite léthargique avec forte fièvre, délire et insomnie. La période fébrile a duré environ trois semaines, au bout desquelles, la malade, en apparence tout à fait remise, reprit son travail.

Mais au mois de mai 1921, soit trois mois après le début de l'encéphalite, apparaissent les premières manifestations d'un syndrome parkinsonien qui, progressivement, se complète et finit par se traduire par les caractères suivants : aspect figé, raideur musculaire, lenteur des mouvements, démarche à petits pas, léger tremblement, amoindrissement de l'activité.

Ce serait un cas banal de syndrome parkinsonien post-encéphalitique si ce n'était l'intensité et la modalité particulière de certains troubles qui rentrent dans la catégorie des phénomènes que M. Souques a proposé d'appeler « Kinésie paradoxale ».