

Octave Landry (1826-1865)

Olivier Walusinski

Médecin de famille
28160 Brou, France

janvier 2013

European Neurology

(en soumission en anglais en mars 2013)

Octave Landry appartient à la longue liste de fins cliniciens du XIX^e siècle, morts très jeunes, qui ont contribué, par leurs découvertes en physiologie et leurs descriptions de nouveaux tableaux cliniques, à bâtir la neurologie d'aujourd'hui. Ainsi Landry propose une physiologie renouvelée de la sensibilité à l'origine des concepts de proprioception et de stéréognosie en 1852 et décrit le tableau d'une paralysie ascendante à marche rapide, prédisant en 1859 le syndrome de Guillain et Barré. Evoquer sa vie trépidante est l'occasion de montrer les soins hydrothérapeutiques en vogue à l'époque, les plaisirs de la vie parisienne traversée de terribles épidémies de choléra, maladie qui emportera Landry en pleine activité de soignant dévoué à 39 ans.

L'usage des éponymes en médecine disparaît peu à peu (Guillevin, 2011). Qui use encore du terme ou connaît encore le syndrome de Landry ? Pourtant nos connaissances actuelles reposent sur des découvertes scientifiques accumulées, peu à peu, depuis au moins deux siècles. Octave Landry fait partie de ces fins cliniciens du XIX^e siècle qui ont bâti la neurologie et la psychiatrie. Après avoir retracé sa biographie, nous présentons ses principales contributions, notamment, en 1852, l'introduction du concept de sensibilité musculaire à l'origine de celui de proprioception et de stéréognosie et, en 1859, sa publication de cas de « paralysie ascendante aiguë », à laquelle Georges Guillain (1876-1961), Jean-Alexandre Barré (1880-1967) et André Strohl (1887-1977) ajouteront « l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire et des remarques sur les caractères cliniques et graphiques des réflexes tendineux » en faisant un « syndrome de radiculonévrite » (Guillain et al., 1916).

Les études.

Jean-Baptiste Octave Landry naît le 10 octobre 1826, rue du Portail-Imbert, à Limoges. Jean-Martin Charcot (1825-1893) avait alors un an. Michel Landry, son père est un bourgeois aisé, propriétaire foncier. La famille de sa mère Catherine-Louis de Thézillat est originaire de Catalogne. Son véritable nom est donc bien tout simplement Landry, tel qu'il apparaît sur sa thèse, et non Landry de Thézillat comme rapporté par les biographes anglo-saxons (Haymaker and Schiller, 1970;

Pearce, 1997). Après ses études à Limoges, il suit les cours de la Faculté de Médecine de Paris de 1845 à 1850. L'épidémie de choléra qui a débuté à Dunkerque, en octobre 1848, touche Paris en mars 1849 alors qu'il est externe des hôpitaux. Landry se porte volontaire pour soigner la population décimée et part dans l'Oise où il se dépense sans compter acquérant rapidement une forte notoriété, mal vue des ses confrères locaux... Une médaille récompense son dévouement. Il est reçu en 1849 à l'internat des hôpitaux de Paris, condisciple d'Alexandre Laboulbène (1825-1898). Pendant sa première année d'internat, il rédige un mémoire sur l'épidémie de choléra qu'il vient de connaître. Son magnifique manuscrit subsiste à la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris (Landry, 1850). En 220 pages, Landry brosse un tableau épidémiologique, traçant les trajets évolutifs de l'épidémie à travers la France, suivant les conditions socio-économiques, détaillant la mortalité par quartier dans Paris et donnant une description détaillée de la clinique, des travaux anatomo-pathologiques qu'il a pu pratiquer, du pronostic et des traitements proposés, agrémenté d'observations de cas à l'évolution favorable. Véritable thèse avant l'heure, cet exposé laisse admiratif sachant qu'il n'a que 23 ans ! Il décrit le collapsus engendrée par « des selles absolument sereuses. La langue est blanche, la bouche pâteuse, la soif inextinguible mettant ses malheureux cholériques au supplice ». Puis s'y ajoutent des crampes, une prostration, « un regard perdu », « une algidité ou de la cyanose ». Landry est un thérapeute convaincu de la nécessité « d'une

diète absolue, du repos couché, d'un vin chaud additionné d'eau de vie, de lavements astringents répétés ». Il signale que « quelques médecins appréciant toute l'altération du sang ont imaginé d'injecter de l'eau. On a injecté dans ce but divers liquides aqueux dans les veines mais presque toujours sans le moindre succès. Voulant mettre à profit le pouvoir d'absorption de la peau et des surfaces autres que les muqueuses gastro-intestinales, d'autres ont fait mettre les cholériques dans des bains. M. Piorry a même injecté de l'eau dans la vessie espérant qu'elle serait absorbée; malheureusement ces tentatives n'ont pas été couronnées de succès ». Il concourt, en présentant ce mémoire, pour le Prix Monthyon de l'Académie de Médecine de 1850 mais sans être distingué (fig 1).

Pendant son internat, Landry alterne médecine et chirurgie, se formant au contact d'Alphonse Devergie (1798-1879), Stanislas Laugier (1799-1872), René Marjolin (1812-1895), Louis Michon (1802-1866). Mais c'est surtout auprès de Claude-Stanislas Sandras (1802-1856) à l'Hôtel Dieu et d'Adolphe-Michel Gubler (1821-1879) à Beaujon que va naître son intérêt pour « la pathologie nerveuse », suivant l'orientation que lui avait conseillée son oncle Thézillat, médecin directeur de « l'Hospice des aliénés » de Limoges. Il soutient sa thèse le 29 décembre 1854, présidée par Armand Trousseau (1801-1867) et intitulée: « Considérations générales sur la pathogénie et les indications curatives des maladies nerveuses ». Il précise que sa thèse n'est que « le résumé rapide d'un travail plus considérable sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses, actuellement en voie de publication dans le *Moniteur des Hôpitaux* ». En réalité, en trois livraisons de mars à avril 1855, ce journal publie seulement des extraits de son ouvrage paru la même année « *Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses* », qui représente sa thèse enrichie de nouvelles observations (Landry, 1855). A l'issue, le jury le questionne, entre autres, sur « l'anatomie pathologique de l'apoplexie de la protubérance et de la moelle épinière », et en médecine légale sur « Des lésions mentales dépendantes d'un des besoins physiques de l'homme, comme la faim, la soif, l'acte génital, etc.. tenant à la non satisfaction d'un de ces besoins, ou consistant en une exaltation, une dépravation de ces besoins ». Quel dommage qu'il n'existe aucune archive de ses réponses !

L'exercice de la médecine.

Landry s'installe peu après et exerce au 5 rue de l'Université à Paris où une vaste clientèle consacre son talent. Depuis 1852, il est secré-

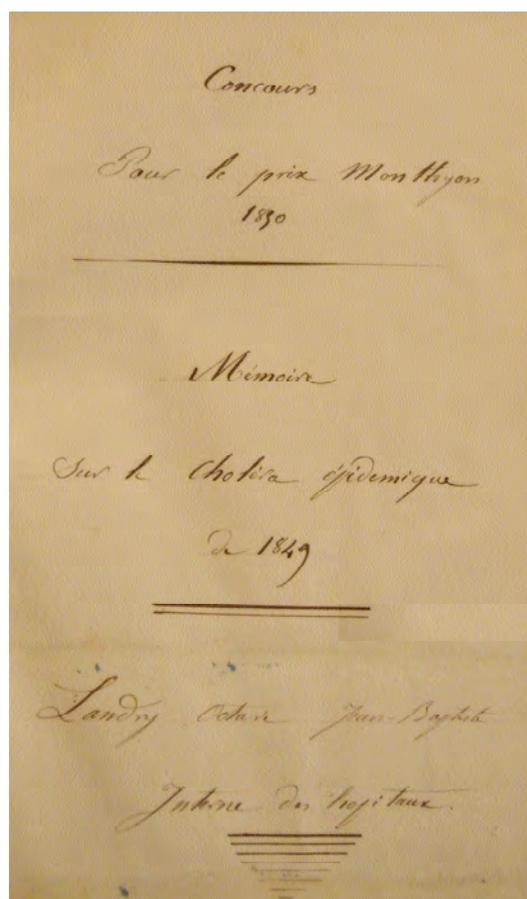


Fig. 1

Manuscrit, mémoire sur le choléra. 1849
(Bibliothèque Universitaire de Santé. Paris 6)

taire de La Société Médicale de Paris et membre de la Société Anatomique. Sa mère, restée veuve en 1854, a encore deux jeunes enfants à charge, l'obligé, lui l'aîné, à subvenir à leurs besoins. Sans doute faut-il voir là une explication au renoncement de Landry à passer les concours d'une carrière universitaire et hospitalière qui semblait toute tracée. Formé à la musique par son père violoniste, il excelle au violoncelle. Sportif accompli, chose rare à l'époque, il s'adonne à l'alpinisme et à l'équitation. Aimant chanter et danseur élégant, sa présence est recherchée dans les soirées parisiennes. Il y est séduit, un soir, par une jeune femme d'une grande beauté, Claire-Marie Giustiniani, originaire de Zigliara en Corse, qu'il épouse le 25 juillet 1857. La naissance de leur fils, le 22 avril 1858, les amène à emménager au 184 rue du Faubourg Saint-Honoré. Son intense activité médicale auprès d'une clientèle plus huppée ne le détourne pas de ses objectifs de recherche comme en témoignent ses publications à la même époque. Sa vie mondaine lui fait connaître Thomas Brière Desisles (ou Desisles Brière 1806-1872), originaire de La Martinique, éditeur du *Journal de Rouen*, qui imprime



Fig. 2

Le Chalet, agrandissement voulu par Landry de l'établissement d'hydrothérapie d'Auteuil
(collection particulière de l'auteur)

me et édite ses premiers travaux, en particulier la version commerciale de sa thèse en 1855 (Laharie, 2003). Bien que la notion de spécialité médicale n'existât pas à l'époque, son exercice se concentre peu à peu vers « les maladies nerveuses » pour lesquelles il est un fervent promoteur de l'hydrothérapie. Le décès subi en août 1859 de Charles-Victor Boullay, médecin de l'établissement hydrothérapique, situé dans le village d'Auteuil à l'ouest de Paris, lui permet de s'y installer avec toute sa famille le 15 octobre 1859 (Boullay, 1853). Fondé en 1820, cet établissement était réputé pour la qualité de ses eaux. Landry le rénove, l'agrandit et en fait l'établissement le plus vaste et complet existant à l'époque, encouragé aussi par le rattachement du village d'Auteuil à la ville de Paris en 1860 (Fig 2). Installé dans un magnifique parc boisé de 7 hectares, agrémenté de salles de spectacle et de billards, le 12 rue Boileau voit bientôt défiler de riches français et étrangers aussi bien affectés d'épilepsie, de paralysies, d'hystérie que « d'autres névroses originelles ou acquises » (Fayol, 1907). Illustrant la notoriété du lieu, une fête agrémentée d'un feu d'artifice y est donnée à l'occasion de la naissance de leur fille Berthe le 5 août 1860 (1860-1922). Peut-être victime de surmenage, il souffre, peu après, de maux de tête récurrents et violents qui lui font apprécier l'emploi de la morphine dont il n'arrivera à se sevrer complètement que 5 ans plus tard.

Le 1 juin 1865, le paquebot « Le Stella » accoste à Marseille, en provenance d'Alexandrie en Egypte. Ses passagers disséminent en quelques semaines une nouvelle épidémie de choléra. En octobre, des ouvriers de Boulogne et d'Auteuil sont touchés. Landry, fort de son expérience, va leur donner des soins. Presque aussitôt, il se reconnaît contaminé, s'isole loin de sa femme et de ses enfants (Remlinger, 1933). Ses confrères et amis, Charcot et Noël Gueneau de Mussy (1813-1885)

accourent à son chevet mais, malgré leurs soins, Landry succombe après deux jours d'agonie, à 39 ans, le 1 novembre 1865. La mort d'un médecin était devenue banale au cours des épidémies (4602 parisiens décèdent du choléra en octobre 1865); seuls quelques entrefilets dans l'Union Médicale et dans la Gazette Médicale de Paris signalent sa disparition (Anonyme, 1865). Le peintre Gustave Courbet (1819-1877) nous a laissé un portrait de Landry, peint en 1863 (Fig. 3), dont la localisation est actuellement perdue, probablement propriété d'un collectionneur privé (autrefois conservé au domicile de la veuve de Landry qui décéda, en décembre 1901, en l'Hôtel Martin de Thézillat à Neuilly sur Seine).

Les sensations tactiles (1852), la paralysie du sentiment d'activité musculaire (1855).

En 1852, alors qu'il est interne chez Sandras, Landry publie ses « Recherches physiologiques et pathologiques sur les sensations tactiles », précisant « les questions infiniment complexes qui se rapportent au sens du toucher ont été analysée par un ou deux auteurs, et, je ne crains pas de le dire, ces analyses ont été faites sans données suffisantes ou capables de jeter du jour sur le sujet » (Landry, 1852). Il reproche notamment à Henry Belfield-Lefèvre, dans sa thèse soutenue en 1837, et à Pierre-Nicolas Gerdie (1797-1856) des conceptions confuses, directement transposées du *Traité des Sensations* du philosophe Étienne Bonnot de Condillac (1715-1780): « le nombre des idées qui peuvent venir par le tact est infini, car il comprend

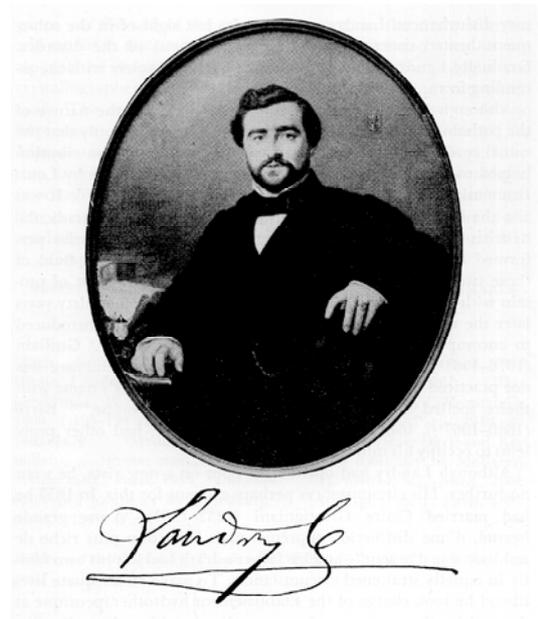


Fig. 3

Octave Landry par Gustave Courbet
(Haymaker W, Schiller F.
The founders of neurology. Springfield. Ch. Thomas. 1970)

tous les rapports des grandeurs » (Belfield-Lefèvre, 1837; Condillac, 1754). Gerdi expose en effet que « les sensations de température, de la sécheresse et de l'humidité, de la pesanteur, de la consistance et du mouvement du corps nous arrivent immédiatement à l'esprit et nous donnent la connaissance des causes qui les excitent sans travail sensible de la pensée » (Gerdie, 1846). Landry conteste aussi la proposition du physiologiste allemand Johannes Müller (1801-1858) « que l'idée de poids et de la pression fut non pas une sensation dans le muscle, mais une notion de la quantité d'action nerveuse que le cerveau est excité à mettre en jeu », car pour Landry « la sensation d'activité musculaire est bien véritablement produite par les modifications spéciales que les divers organes de mouvement impriment aux extrémités nerveuses qui s'y répandent ». Il s'inspire ainsi d'Erasmus Darwin (1731-1802): « the muscular fibres themselves constitute the organ of sense, that feels extension... hence the whole muscular system may be considered as one organ of sense, and the various attitude of the body, as ideas elonging to this organ, of many of which we have hourly conscious, while many others, like the irritative ideas of the other senses, are performed without our attention » (Darwin, 1796). Landry, après avoir discuté et trouvé incomplètes, elles aussi, les recherches, publiées en 1848, sur tact et douleur par Joseph-Henri Beau (1806-1865) propose explicitement qu'on peut distinguer « les sensations de température essentiellement distinctes et indépendantes du tact et de la douleur » (Beau, 1848). Landry, alors seulement âgé de 26 ans, formule, en conclusion, des concepts précis de la physiologie « du sentiment »: « il n'existe réellement qu'un petit nombre de sensations cutanées, auxquelles on peut donner le nom de primitives ou spéciales, et d'où résultent toutes les autres que l'on peut appeler dérivées; ces sensations sont celles de température, de douleur et de contact. Il existe aussi une sensation primitive ou spéciale d'activité musculaire qui donne naissance à un certain nombre de sensations secondaires ou dérivées. Cette sensation réside bien réellement dans le tissu musculaire lui-même, c'est à dire est bien une perception par l'encéphale de l'état des extrémités nerveuses, sensibles qui se distribuent aux muscles ». Landry a bâti cette théorie novatrice en examinant soigneusement des malades avec son maître Sandras qui venait de publier son *Traité pratique des maladies nerveuses* (Sandras, 1851). Il cite notamment des observations assez semblables à celles que produira Guillaume Duchenne de Boulogne (1806-1875) pour présenter ses recherches sur « l'aptitude motrice indépendante

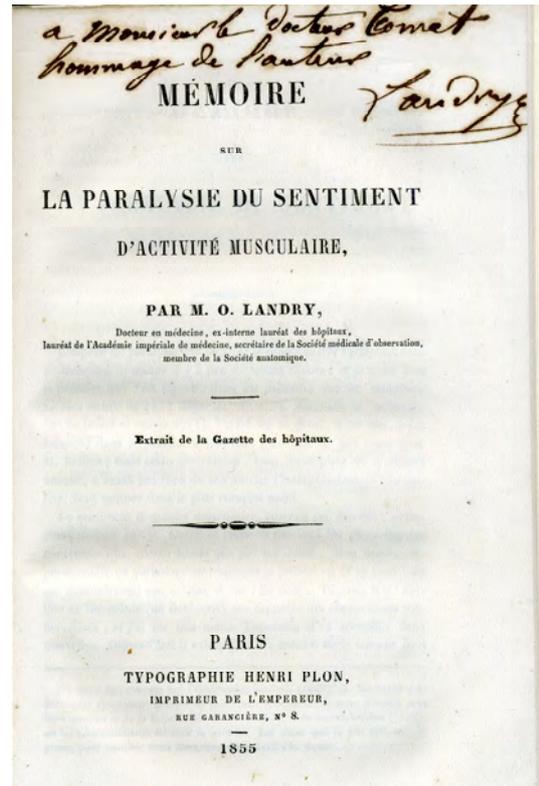


Fig. 4

Mémoire sur la paralysie
du sentiment d'activité musculaire
1855

de la vue, appelée par l'auteur conscience musculaire » en 1853, et « l'ataxie locomotrice progressive » en 1858: « Aujourd'hui, 20 novembre 1851, à la visite, ce malade dit à M. Sandras que lorsqu'il essaye de marcher, dès qu'il ne voit plus ses pieds, il ne sait où il les pose et ne peut mesurer leurs mouvements, ce qui est manifeste pour toutes les personnes présentes. Averti par ces paroles, j'ai examiné de nouveau le malade, et constaté ce qui suit: le malade ne regardant pas, je soulève l'un des membres inférieurs, je l'incline à droite à gauche; je l'élève, je l'abaisse, soit en totalité soit en partie. Il n'a absolument conscience d'aucun de ces mouvements. Je le fais marcher, soutenu par deux personnes; quand ils regardent à ses pieds, il les pose assez facilement où il veut. Je le fais coucher, et je lui indique des points où je lui ordonne de porter le pied. Il y arrive avec la plus grande précision en regardant; au contraire, s'il cesse de voir aller ses jambes, le mouvement qu'il fait est bien dans le même sens mais tellement démesuré qu'il dépasse de fort loin le but proposé et le malade dit très bien qu'il n'a pas conscience de l'ampleur du mouvement exécuté ». Landry conclut: « la coordination des mouvements nécessite la sensation d'activité musculaire ». Il ne pouvait ignorer que

Charles Bell (1774-1842), « The Harvey of our century », alors président de la Royal Society, avait présenté le 25 janvier 1826 son essai sur la physiologie de la commande motrice: « between the brain and the muscles there is a circle of nerves; one nerve conveys the influence from the brain to the muscle, another gives the sense of the condition of the muscle to the brain » (Bell, 1826; Romberg, 1853), complété dans son livre de physiologie de la main en 1833: « when a blind man, or man with the eyes shut, stands upright... by what means is that he maintains the erect position? he touches nothing, he sees nothing, it can only be by the adjustment of muscles. It must be a property internal to the frame by which we thus know the position of the members of our body » (Bell, 1833). Mais, Landry ignore probablement, qu'en Allemagne, Friedrich-August Benjamin Puchelt (1784-1856) a publié cinq observations de malades incapables, les yeux fermés de reconnaître ce qu'ils avaient dans la main alors qu'ils n'y ont pas de trouble de la sensibilité (Puchelt, 1845). Pourtant il suggère une interprétation à ces troubles: « Les qualités des corps ne sauraient être appréciées dans tous leurs détails que par des appareils de préhension, et seulement, je le répète, lorsqu'ils sont mis en activité, de concours avec l'attention et les autres facultés intellectuelles. [...] C'est cette association intime de l'action musculaire et des facultés intellectuelles avec les quatre sensations primitives tactiles qui doit spécialement désigner l'expression toucher ». On peut donc créditer Landry d'être le concepteur de la physiologie de la stéréognosie. Les idées de Landry sont reprises et confirmées dès l'année suivante dans une thèse, soutenue le 20 mai 1853, par Julien-Benjamin Bellion, interne de François-Amilcar Aran (1817-1861), et présidée par Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881) (Bellion, 1853). En 1855, il complète ce travail en publiant des observations où « le sentiment d'activité musculaire est diminué ou perdu », « l'incitation motrice est privée de son dynamomètre » (Fig. 4). Il rend hommage à Duchenne de Boulogne d'avoir précisé, comme lui, le rôle essentiel de la suppléance visuelle mais, curieusement, n'assimile pas « la conscience musculaire » de Duchenne à son « sentiment d'activité musculaire ». L'étiologie de la « paralysie du sentiment musculaire » reste mystérieuse mais lui paraît sans lien avec la « paralysie des aliénés », anticipant la réticence de Charcot, par « chauvinisme national-scientifique », à voir une origine commune à l'ataxie locomotrice, au tabès, et à la paralysie générale (Landry, 1855). Son ami d'internat Louis Victor Marcé (1828-1864) le cite élogieusement dans sa thèse d'agrégation: « j'avoue que les recherches de

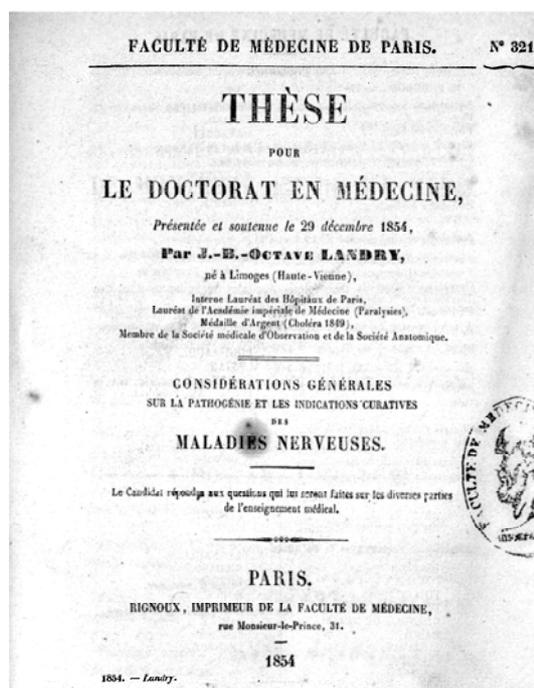


Fig. 5

Thèse de doctorat en médecine, 1854
(Bibliothèque Universitaire de Santé. Paris 6)

M. Duchenne, de plusieurs années postérieures aux travaux de M. Landry, me paraissent reproduire avec une parfaite exactitude tout ce que les physiologistes ont écrit sur le sentiment d'activité musculaire; quant à l'ataxie locomotrice progressive que le même auteur a présenté comme une espèce nosologique distincte, ce n'est pour moi autre chose que l'état morbide consécutif à la perte du sentiment d'activité, état morbide sur lequel M. Landry avait attiré l'attention dès 1855 ». (Marcé, 1860). Aliéniste des plus productifs de sa génération, Marcé se suicidera, hélas, dans l'établissement d'Auteuil où Landry l'avait pris en charge pour un état mélancolique (Luauté et Lempérière, 2012).

La thèse: « Considérations générales sur la pathogénie et les indications curatives des maladies nerveuses » (1854).

« Malgré les tendances philosophiques de quelques médecins modernes, le traitement des névroses se trouve presque entièrement soumis à un regrettable empirisme; et il faut bien l'avouer, cet état de choses reflète malheureusement notre manière de comprendre ces affections ». Afin de lutter contre cet empirisme, Landry explique que sa thèse a pour ambition de proposer une classification des pathologies du système nerveux, inspirée par Samuel Tissot (1728-1797), Laurent-Philibert Cerise (1807-1869) et François Broussais (1772-

1838). D'une façon qui nous apparaît très confuse, il « croit pouvoir classer toute cette catégorie de causes sous les chefs suivants: altérations du sang, épuisement physique, cachexies, maladies aiguës et chroniques, diathèses, action du froid et de l'humidité, intoxications, influence de certaines névroses sur d'autres névroses, névroses sympathiques, causes qui agissent directement sur le système nerveux ». Comme il l'indique en conclusion « je n'ai guère outrepassé le rôle de compilateur que je m'étais imposé ». Landry n'apporte aucune idée nouvelle ni de description originale comme le fera peu après Charcot. Travail banal, sa thèse laisse une déception notable en la comparant à l'originalité de son mémoire sur le choléra et de ses publications sur les sensations tactiles et le sentiment d'activité musculaire (Fig. 5).

De l'emploi du chloroforme et des agents narcotiques comme agents thérapeutiques et comme moyens de diagnostic dans certaines paralysies (1857).

Landry donne une observation d'une malade atteinte d'aphonie, de dyspnée et incapable de se mobiliser, sans paralysie vraie des membres, qu'il rapporte à une paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux secondaire à une cause gynécologique, « une paralysie sympathique ». Ces troubles lui paraissaient disparaître pendant le sommeil naturel ou induit par de l'éther ou du chloroforme. S'agissait-il d'une myasthénie ? Dans cette publication de peu d'intérêt, Landry analyse six autres observations de paralysie « améliorées par les narcotiques », tout cela paraissant bien confus pour notre époque.

La paralysie ascendante aiguë (1859).

Bien qu'il n'y soit plus interne depuis 4 ans, Landry continue de recueillir des observations dans le service de Gubler. Après l'observation détaillée qu'il propose dans La Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie de juillet 1859, il résume ainsi ses constatations: « Dans l'espèce de paralysie sur laquelle je désire appeler l'attention, la sensibilité et la motilité peuvent être également compromises; cependant, en général, les troubles fonctionnels portent surtout sur le mouvement et sont alors caractérisés par la diminution graduelle de la force musculaire, avec flaccidité des membres, et sans tremblement, sans contraction, sans convulsions partielles ou générales ni mouvements réflexes; dans la presque totalité des cas, la miction et la défécation restent normales; on n'observe aucun symptôme immédiat du côté des centres nerveux, pas de rachialgie spontanée ou développée par la pression, pas de céphalalgie ni

de délire; jusqu'à la fin les facultés intellectuelles sont complètement conservées [...]. La paralysie se propage rapidement des parties inférieures vers les supérieures, avec une tendance constante à se généraliser. Toujours les premiers phénomènes se manifestent aux extrémités des membres, et, le plus souvent, des membres inférieurs [...]. Quand la paralysie est parvenue à son summum d'intensité, la mort par asphyxie est toujours imminente, et cependant, huit fois sur dix, cette fatale terminaison a été évitée, soit par l'intervention de l'art, soit par un temps d'arrêt spontané dans la marche du mal. Deux fois seulement la mort a été observée à cette époque de l'affection [...]. Une maladie mortelle pour un cinquième des sujets est sans contredit une maladie grave; et malgré les résultats relativement favorables de cette statistique élémentaire, chacun doit comprendre qu'au milieu de pareils accidents, le danger est toujours extrême et le pronostic au moins incertain [...]. Lorsque la paralysie rétrograde, elle présente dans sa période de décroissance des phénomènes inverses de ceux que j'ai signalés à sa période de progrès. Les parties supérieures, les dernières envahies, sont les premières à recouvrer leur mobilité qui reparait ensuite successivement de haut en bas. Tantôt alors les malades guérissent très promptement; tantôt l'affection passe à l'état chronique, et l'amélioration se fait avec lenteur [...]. Les causes, si l'on peut réellement appeler ainsi les circonstances que je viens d'énumérer, seraient donc très variables. Dans tous les cas, ces influences ne peuvent être considérées que comme causes éloignées, et il reste à déterminer la cause prochaine des désordres fonctionnels. Les deux seules autopsies pratiquées jusqu'à ce jour n'ont fourni que des résultats absolument négatifs au point de vue anatomopathologique [...]. On doit donc placer cette forme morbide dans la nombreuse classe des paralysies dites essentielles, c'est-à-dire sans lésion saisissable du système nerveux ». Dans une note additionnelle Gubler s'interroge: « en me plaçant à un autre point de vue, je cherche encore s'il n'existe pas des liens étroits entre notre cas de paralysie extenso-progressive et ces paralysies consécutives aux angines diphthériques décrites spécialement par MM. Bretonneau, Trousseau, Lasègue, Maingault, etc., et dont la science enregistre tous les jours de nouveaux exemples » (Landry, 1859).(Fig. 6).

Il est parfois proposé de considérer que la première description de ce tableau clinique revient à l'Irlandais Robert-James Graves (1796-1853), plus connu pour sa description du goitre exophtalmique (Pearce, 1997). Que relate-t-il ? « One of the most remarkable examples of disease of the nervous system commencing in the extremities,

nien, ce qui les rapproche par le siège des tumeurs qui font l'objet de ce travail. Mais la ressemblance est bien plus marquée avec un autre genre de tumeurs sanguines du crâne : ce sont celles qui se développent quelquefois pendant le cours d'un accouchement laborieux, et auxquelles on a donné le nom de céphalomatomes proprement dits. En lisant la description de ces derniers, telle qu'elle résulte des recherches de Nægele, de Zeller, de MM. Paul Dubois et Valleix, on retrouve tous les traits saillants des tumeurs sanguines des oreilles. Ce sont, en effet, des masses fluctuantes constituées par du sang épanché entre la face externe de l'os et le péricrâne décollé; le liquide de l'épanchement subit la même série de transformations, sans que les téguments présentent de teinte ecchymotique; enfin le péricrâne détaché exhale à sa face interne une couche osseuse de nouvelle formation, marquée surtout au pourtour du décollement. Tout concourt donc à rapprocher l'une de l'autre ces deux maladies et à montrer quelle parfaite analogie existe entre la membrane qui recouvre les os et celle qui revêt les cartilages.

Les idées émises dans le courant de ce mémoire peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille que l'on observe chez les aliénés sont constituées par du sang épanché, non sous la peau, mais sous le périostère détaché du cartilage.

2° Le périostère ainsi détaché revient sur lui-même à mesure que le sang épanché se résorbe, et il entraîne dans son retrait les autres portions du pavillon, ce qui explique la déformation consécutive à ce genre de tumeurs.

3° Le périostère exhale à sa face interne un cartilage de nouvelle formation qui forme tantôt une couche unie à toute sa surface, tantôt des îlots indépendants plus ou moins éloignés les uns des autres. Ces produits sont la cause de l'épaississement des oreilles qui ont été le siège de tumeurs sanguines.

4° La formation des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille est le plus souvent précédée et accompagnée d'un trouble général dans la circulation céphalique, et il est digne de remarque que l'augmentation de rougeur, de chaleur et de sensibilité que l'on constate dans ces cas ressemble d'une manière frappante à ce que l'on observe chez les animaux auxquels on a coupé le grand sympathique au cou ou enlevé le ganglion cervical supérieur. Quoiqu'il soit impossible jusqu'à ce jour de conclure de ce rapprochement rien de précis, il est permis d'espérer que de nouvelles études, poursuivies dans cette voie, pourront jeter un certain jour sur l'étiologie des congestions et des hémorrhagies des différentes parties de la tête.

ACHILLE FOVILLE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR LA PARALYSIE ASCENDANTE AIGUE,
par le docteur O. LANDRY.

L'objet de cette note est de signaler un état morbide assez rare et généralement inconnu, mais qui mérite de figurer parmi les affections les plus remarquables des cadres pathologiques.

Dans un assez grand nombre de paralysies, auxquelles convient la qualification générique d'*extenso-progressives*, les troubles fonctionnels, d'abord restreints à une partie limitée du corps, s'irradient graduellement plus ou moins loin de leur point de départ. Cette propagation s'effectue tantôt de proche en proche, et d'après un ordre bien déterminé; tantôt, au contraire, sans régularité et comme au hasard. On peut appeler les paralysies de ce dernier genre : *extenso-progressives irrégulières*, et à celles du premier, bien plus importantes à connaître, donner le nom d'*extenso-progressives ascendantes*, ou, plus simplement, de *paralysies ascendantes* ou *centripètes*. Dans ces affections, en effet, les symptômes

partis des extrémités des membres gagnent successivement les régions les plus élevées du corps, ou les plus centrales relativement au système nerveux, augmentant peu à peu d'intensité dans les organes envahis. Ces symptômes tendent fréquemment à se généraliser, et produisent alors une *paralysie générale* très distincte, sous tous les rapports, de celle des aliénés.

Je n'ai pas l'intention de présenter ici la description de cette forme, bien indiquée par Ollivier (d'Angers) et Sandras, et qui caractérise plusieurs affections déjà étudiées; j'ajouterai seulement que, presque toujours lente dans ses progrès, elle parcourt parfois ses périodes avec une rapidité extrême, et peut devenir très promptement grave ou même mortelle. C'est cette variété que je me propose de faire connaître sous la dénomination de *paralysie ascendante* ou *centripète aiguë*. Par sa marche à la fois insidieuse et précipitée, par ses symptômes d'abord mal déterminés et ses effets presque foudroyants, enfin par l'absence de toute lésion nerveuse appréciable, la paralysie ascendante aiguë rappelle certains caractères des maladies malignes ou pernicieuses, et, à ce seul point de vue, mériterait de fixer spécialement l'attention des médecins, si elle n'était, en elle-même, intéressante à tous égards.

Je présente comme un fait de ce genre, et comme exemple complet et authentique, une observation récemment recueillie dans le service de M. Gubler, à l'hôpital Beaujon.

Obs. — *Paralysie ascendante aiguë généralisée. — Mort. — Autopsie. — Nulle lésion appréciable du système nerveux.* — Grellier (Jean-Baptiste), âgé de quarante-trois ans, paveur, entré le 1^{er} juin 1859 à l'hôpital Beaujon, service de M. Gubler, salle Saint-Louis, n° 22. Petite taille (1^m,50), faible constitution, maigreur, teint peu coloré, cheveux châtains, yeux gris, pas de tempérament exclusif.

Le père du malade, mort à l'âge de soixante-huit ans, paraît avoir été paralysé pendant les dernières années de sa vie; sa mère, ses frères et ses sœurs n'ont jamais eu aucune affection semblable à celle qui le conduisit à l'hôpital.

Cet homme, d'une chétive constitution, a été surtout malade dans son enfance : il dit avoir eu de quatre à neuf ans une fièvre intermittente très rebelle, à la suite de laquelle il resta faible et languissant, et un rhumatisme articulaire de longue durée à l'âge de quinze ans. Depuis cette époque jusqu'en 1858, sa santé n'a été troublée que de loin en loin par quelques indispositions qu'il ne peut caractériser. Il n'avoue d'autre accident vénérien qu'une gonorrhée suivie de tuméfaction avec douleur vive des testicules, mais pas de chancres ni d'engorgement des ganglions inguinaux.

Dans le cours de l'année 1858-59, la santé de Gr... a été compromise par une série à peine interrompue d'affections de plus en plus sérieuses. En juillet 1858, il fut pris subitement d'un frisson, suivi de fièvre, de malaise général, puis de symptômes vagues, dont il ne sait pas rendre compte. Il resta plusieurs semaines au lit; aucun traitement actif ne fut mis en œuvre; la convalescence fut courte et franche; l'appétit et les forces revinrent promptement.

Trois mois après, en novembre, nouveau frisson, accompagné de fièvre et d'une douleur dans le bras gauche, qui se déplaça les jours suivants et parcourut successivement les quatre membres. Gr... ne peut dire si ces douleurs furent plus intenses au niveau des articulations que dans les parties molles, mais il affirme qu'il n'y a jamais eu ni rougeur ni tuméfaction. Elles étaient continues, sourdes, plus aiguës au moindre mouvement. Elles ont duré trois semaines, pendant lesquelles Gr... ne garda pas toujours le lit.

Dès qu'il se trouva mieux, il revint à son ouvrage de paveur, et travailla jusqu'au 16 mars. Cependant, l'appétit était inégal, souvent nul, les forces ne se réparaient pas, la fatigue venait vite, il y avait un vague malaise général, etc.

Au commencement de janvier 1859, se manifestèrent quelques symptômes peu marqués du côté de l'arrière-gorge. Gêne de la déglutition, petite toux continue, provoquée par la sensation d'un corps à expulser du pharynx; du reste, pas de fièvre, peu ou point de douleur. Ces phénomènes ont persisté, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration, mais sans devenir jamais trop pénibles.

Le 16 mars, Gr... éprouva subitement un frisson très vif au milieu de son travail, avec point de côté et toux. La fièvre survint ensuite, et il s'établit une expectoration abondante. Le médecin appelé déclara le malade atteint de « fluxion de poitrine, » pratiqua trois saignées, puis administra des potions vomitives, fit appliquer des vésicatoires volants sur la partie postérieure gauche du thorax, et prescrivit une diète sévère. Pen-

Fig. 6

and having no connection with lesions of the brain or spinal marrow, was the curious epidémie de Paris, which occurred in the spring of 1828. Chomel has described this epidemic in the 9th number of the Journal Hebdomadaire, and having witnessed it myself in the months of July and August of the same year, I can bear testimony to the ability and accuracy of his description » (Grave, 1848; Lyons, 1996). Auguste-François Chomel (1788-1858) décrit, en effet, une épidémie apparue au printemps 1828 à Paris. Les malades se plaignent « d'un engourdissement et un obscurcissement du tact qui vont quelquefois très loin. Chez plusieurs malades il y a inaptitude à distinguer par le toucher un corps d'un autre, une clé, par exemple d'une paire de ciseaux: ils s'y trompent tout à fait [...]. La marche en contracte un caractère particulier; le pied appliqué sur le sol, à plat, ne s'y cramponne pas; il faut le relever comme une masse inerte et sa pointe traîne constamment [...]. Plusieurs malades sont entièrement privés de la faculté de se mouvoir » (Chomel, 1828). Citons parmi quelques cas publiés à la suite, celui d'Emile Bablon, élève de Louis-Théodore Lavéran (1812-1879) à l'hôpital du Val de Grâce à Paris; il note que cette 'observation digne d'être publiée tant à cause de la marche rapide de la maladie que de sa ressemblance avec celle de Mr Landry', d'évolution mortelle ne révèle aucune lésion pathologique du système nerveux à l'autopsie (Bablon, 1864).

Jules Dejerine (1849-1917) écrit clairement dans sa thèse « Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë »: « C'est Landry, qui le premier attira l'attention sur une forme particulière de paralysie, offrant avec la myélite aiguë beaucoup de ressemblance, il désigna cette affection sous le nom de paralysie ascendante aiguë. On peut dire que c'est à cet auteur que revient entièrement le mérite de la découverte [...]. Landry avait parfaitement remarqué que, parmi les paralysies qu'il appelle extenso-progressives, il y en est quelques-unes dont le début insolite et la marche foudroyante éveillent l'attention d'une façon toute spéciale; en s'appuyant sur certaines particularités symptomatiques, entr'autres sur le peu d'atteinte de la sensibilité, il proposa de désigner ces paralysies sous le nom générique de paralysie ascendante ou centripète aiguë. Le principal argument invoqué par Landry pour séparer cette affection de la myélite, telle qu'on la concevait à cette époque, était l'absence de lésions appréciables du côté du système nerveux » (Dejerine, 1879).

Ne citant jamais Landry, mais les travaux de Charcot et Alfred Vulpian (1826-1887) sur la paralysie diphtérique du voile du palais (Charcot et Vulpian, 1862), et Duchenne de Boulogne, Louis-

Stanilas Duménil (1823-1890), chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, présente le 22 janvier 1862 à la Société médicale des hôpitaux, tel que le rapporte Hippolyte Bourdon (1814-1892) et publie, en 1864, la première observation, accompagnée « d'une exploration électrique à l'aide de l'appareil de Duchenne de Boulogne » et d'un examen anatomo-pathologique réalisé par Georges Pouchet (1833-1894): « Il semble qu'on a affaire ici à une véritable atrophie de la substance médullaire des tubes nerveux périphériques » formant une radiculo-névrite (Bourdon, 1862; Duménil, 1864). Ceci deviendra « des foyers de démyélinisation segmentaire ». Dans sa thèse « Contribution à l'étude des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier », Anna Dejerine-Klumpke (1859-1937) néglige Landry et valorise Duménil: « C'est à Duménil de Rouen que revient le grand mérite d'avoir montré, il y a plus de 20 ans, que les nerfs pouvaient s'altérer primitivement, sans modification antérieure de leurs centres trophiques [...]. Nous tenons à reproduire encore, les conclusions émises par cet auteur dans ce travail si remarquable: "Ce n'est pas un des points les moins importants et les moins curieux, de l'histoire de ces paralysies périphériques, que la possibilité de leur extension à une grande partie du système nerveux, on pourrait presque dire de leur généralisation, au point de compromettre l'existence, par l'envahissement des nerfs les plus essentiels à l'entretien de la vie, tels que le pneumogastrique. Nous voyons la maladie aboutir à une véritable paralysie glossolaryngée hémiplegique, précédée et accompagnée d'altération de la sensibilité, qui n'est évidemment que la répétition, sur des organes plus importants, du processus morbide qui a envahi tant de points différents" (Duménil, 1866; Dejerine-Klumpke, 1889).

Alfred Petitfils, dans sa thèse inspirée par et soutenue devant Charcot en 1873, ne voit dans la 'maladie de Landry' qu'une forme intermédiaire entre la poliomyélite antérieure aiguë et l'atrophie musculaire progressive (Petitfils, 1873).

Peu à peu, plusieurs causes sont envisagées: toxiques (plomb, arsenic, alcool), infectieuse (diphthérie, poliomyélite, rage), ou idiopathique. Maurice Briffaut expose, dans sa thèse présentée à Lyon en 1906, sa: « Contribution à l'étude des polynévrites tuberculeuses (maladie de Landry) ». François Muzard soutient, lui, une origine constamment infectieuse (Muzard, 1899). Guillain, Barré et Strohl établirent, eux, en 1916, les différentes variantes étiologiques, cliniques et évolutives et, surtout, préciseront le tableau biologique de la « dissociation albumino-cytologique du liquide céphalorachidien » (Guillain et al., 1916; Spillane, 1982). Le tristement célèbre Marcel Petiot (1897-1946),

un des plus grands 'serial killer' du XX^e siècle, guillotiné en 1946, soutient sa thèse (achetée ?), en 1921 après de très brèves études de médecine, dans laquelle il rapporte, remarquablement, une observation de 'maladie de Landry' fatale en moins d'une semaine par atteinte bulbaire. Il ne cite jamais Guillain et Barré mais tente un amalgame, mal argumenté, afin de proposer une étiologie commune à 'la maladie de Landry' et à l'encéphalite léthargique de von Economo (1876-1931), épidémie alors en pleine essor (Petiot, 1921).

Traité complet des paralysies (1859).

Dans sa préface, Landry évoque le but qu'il se donne en écrivant un traité des paralysies dont seul le premier tome paraît en 1859. « L'insuffisance des notions acquises, l'obscurité persistante qui enveloppe ce vaste sujet, les incertitudes du diagnostic, malgré les progrès accomplis, inspirent aux médecins un véritable découragement ». « Conçu dans cet esprit et exécuté en vue de la pratique ordinaire, destiné à vulgariser des connaissances réellement complexes et à rendre accessible pour tous une partie de l'art médical trop facilement abandonnée aux spécialistes, je veux essayer de combler la fâcheuse lacune ». Son livre ne comporte que l'exposé de la physiologie de la moelle puis du cerveau, la pathologie étant prévue pour le deuxième tome dont sa mort prématurée nous a privé.

Il s'appuie sur les travaux d'Ollivier d'Angers (1796-1845), Bell, Müller, Julien Legallois (1771-1814), Georges Prochaska (1749-1820), Marshall Hall (1790-1857), Achille Longet (1811-1871), Charles Brown-Sequard (1817-1894) etc... Il évoque les découvertes récentes de Jean-Marie Philipeaux (1809-1892) et Vulpian sur l'origine de plusieurs nerfs crâniens, rend hommage à Gubler ayant confirmé la décussation des nerfs crâniens « De l'hémiplégie alterne envisagée comme signe de lésion de la protubérance annulaire et comme preuve de la décussation des nerfs faciaux » (Philipeaux et Vulpian, 1853; Gubler, 1856). Faisant table rase des notions de fluide animal et d'irritabilité, il propose que « la transmission des excitations s'opère non au moyen d'un agent spécial, mais par propagation de l'excitation de molécule à molécule, et à la faveur d'une propriété de tissu, la conductibilité organique ». Il réexpose tous ses travaux sur la sensibilité et y ajoute un chapitre sur la motricité, compilation des notions acquises à l'époque (Fig. 7).

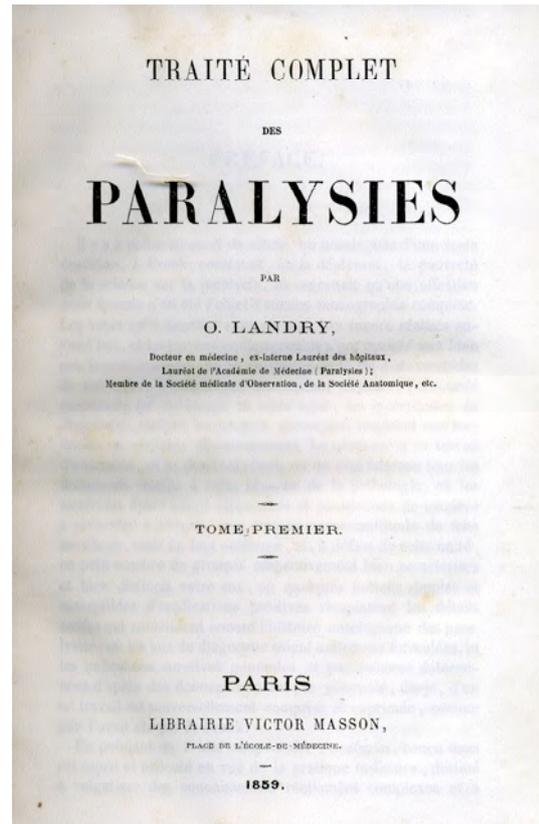


Fig. 7

Traité complet des paralysies. 1859
(collection particulière de l'auteur)

Note sur un état nerveux très commun attribué à tort à la congestion cérébrale (1861).

Landry conte ici quelques observations recueillies avec son collaborateur Nicolas Samazeuilh, dans son établissement d'hydrothérapie d'Auteuil, nous donnant un aperçu des soins qu'ils y prodiguent. Ils réfutent des diagnostics de « congestion cérébrale » devant des instabilités à la marche, des états vertigineux ou hypochondriaques qu'ils attribuent à une mauvaise hygiène de vie, combattue par une alimentation riche, des douches d'eau froide et de l'électrothérapie. « Certains phénomènes de cet état morbide présentent de lointaines analogies avec ceux de la paralysie du sens musculaire » [...] La place nosographique de cette forme nous paraît être parmi les névroses, et plus près des maladies vertigineuses que de toutes autres espèces morbides » (Landry et Samazeuilh, 1861).

Conclusion

Si Jean Delay (1907-1987) ne rend qu'un modeste hommage à Landry dans sa monumentale thèse « Les astéréognosies » soutenue en 1935, si Guillain fut un ardent défenseur de l'éponyme de son syndrome et refusa celui de syndrome de Landry, Guillain et Barré en 1953, il ne faut voir là qu'une ingratitude envers un devancier émérite auquel l'histoire de la neurologie doit maintenant rendre l'hommage qu'il mérite (Delay, 1935; Schott, 1982).

Webb Edward Haymaker (1902-1984) prépare un livre d'histoire de la neurologie pour le 14^{ème} 'International Neurological Congress', tenu à Paris en 1949, 'The founders of neurology: one hundred and thirty-three biographical sketches'. Il rend, lui, une juste place à Landry en le tenant parmi les 133 pères fondateurs de la neurologie, reconnaissance méritée au milieu de ses pairs plus célèbres (Haymaker, 1953; 1970).

Remerciements

Tous nos remerciements à Mesdames Bernadette Molitor et Stéphanie Charreaux de la Bibliothèque interuniversitaire de Santé à Paris, pour leur aide dans mes recherches et leur patience infinie.

Toute notre reconnaissance au Dr. Gabriel Nahmani et au Pr. Jacques Poirier pour leur relecture attentive et leurs pertinentes corrections.

Références

Anonyme. Nécrologie docteur Landry. Gazette médicale de Paris. 1865;20:718.

Anonyme. Nécrologie docteur Landry. Union Médicale. 1865;28:224.

Bablon E. Observation de paralysie ascendante aiguë, recueillie dans le service du Professeur Laveran, au Val de Grâce. Gazette de Médecine et de Chirurgie. 1864;série2;1(49):806-807.

Beau J-H-S. Recherches cliniques sur l'anesthésie, suivies de quelques considérations physiologiques sur la sensibilité. Archives Générales de Médecine. 1848;4(16):5-24.

Belfield-Lefèvre H. Recherches sur la nature, la distribution et l'organe du sens tactile. Thèse n°96. Paris. Imprimerie Rignoux. 1837. 79p.

Bell Ch. On the nervous circle which connects the voluntary muscles with the brain. Philosophical Transactions of the Royal Society. 1826;116:163-173.

Bell Ch. The Hand, its Mechanism and Vital Endowments, as Evincing Design. London. W. Pickering. 1834. 368p.

Bellion J-B. Recherches historiques sur la pathologie et la physiologie des sensations tactiles cutanées. Thèse n°107. Paris. Imprimerie Rignoux 1853. 64p.

Boullay Ch-V. Considérations générales et pratiques sur l'hydrothérapie. Thèse n°47. Paris. Imprimerie Rignoux. 1853. 59p.

Bourdon H. Nouvelles recherches cliniques et anatomiques sur l'ataxie locomotrice progressive. Archives Générales de Médecine. 1862;1(5è série);19:385-406.

Briffaut M. Contribution à l'étude des polynévrites tuberculeuses (maladie de Landry). Lyon. Imprimerie R. Schneider. 1906. 64p.

Charcot JM, Vulpian A. (rapporté par Dechambre A.). Altérations des nerfs dans la paralysie diphtérique du voile du palais. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. 1862;série 1;9(25):383-388.

Chomel A-F. De l'épidémie actuellement régnante à Paris. Journal hebdomadaire de Médecine; 1828;1(9):331-338.

Condillac L'abbé de. Traité des sensations, à Madame la comtesse de Vassé. A Londres; à Paris. Chez Bure l'aisné. 1754. 2 vol.

Darwin E. Zoonomia or the laws of organic life. « Of the sense of the extension ». New York. T & J Swords. 1796. 433p.

Dejerine J. Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë. Paris. Thèse n°81. 1879. 66p.

Dejerine-Klumpke A. Contribution à l'étude des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier (Etude clinique et anatomo-pathologique). Paris. Thèse n°383. Davy. 1889 268p.

Delay J. Les astéréognosies, étude clinique, physiologie, topographie. Thèse n°148. Paris. Masson. 1935. 524p.

- Duchenne de Boulogne G. Recherches sur une nouvelle propriété démontrée par la pathologie, l'aptitude motrice indépendante de la vue, appelée par l'auteur conscience musculaire. Mémoire adressé à l'Académie de Médecine. 1853.
- Duchenne de Boulogne G. De l'ataxie locomotrice progressive, recherches sur une maladie caractérisée spécialement par des troubles généraux de la coordinations des mouvements. Archives Générales de Médecine. 1858;5è série;12(2):641-652 et 1859; série 5;13(1):36-62 et 158-181 et 417-451.
- Duménil L. Paralyse périphérique du mouvement et du sentiment portant sur les quatre membres. Atrophie des rameaux nerveux des parties paralysées. Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. 1864;1(13):203-209.
- Duménil L. Contribution pour servir à l'histoire de paralysies périphériques et spécialement de la névrite. Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. 1866; série 2;3(4):51-56 et 3(5):67-71 et 3(6):84-89.
- Fayol A. Un grand sanatorium. L'établissement hydrothérapique d'Auteuil. Bulletin mensuel de l'Association des anciens élèves de l'école centrale lyonnaise. 1907;4(42):5-34.
- Gerdie P-N. Physiologie philosophique des sensations et de l'intelligence fondée sur des recherches et des observations nouvelles et applications à la morale, à l'éducation, à la politique. Paris. Labé. 1846. 563p.
- Graves R-J. Clinical Lectures on the Practice of Medicine. Dublin. Fannin. 1848. 2 vol.
- Gubler A. De l'hémiplégie alterne envisagée comme signe de lésion de la protubérance annulaire et comme preuve de la décussation des nerfs faciaux. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. 1856;3(43):749-754 et 789-792 et 811-818.
- Guillain G, Barré JA, Strohl A. Sur un syndrome de radiculonévrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Remarques sur les caractères cliniques et graphiques des réflexes tendineux. Bulletins et Mémoires de la Société des Médecins des Hôpitaux de Paris. 1916;40:1462-1470.
- Guillevin L. Vers la disparition des éponymes en médecine ? La Presse Médicale. 2011;40:891-892.
- Haymaker W, Baer K et al. The Founders of Neurology, one hundred and thirty-three biographical sketches prepared for the fourth International neurological congress in Paris, September 5-10 1949. Springfield. USA. Ch. Thomas. 1953. 481p.
- Haymaker W, Schiller F. The Founders of Neurology, One hundred and forty-six biographical sketches by eighty-eight authors. Springfield. Ch. Thomas. 1970. 616p.
- Laharie P. Libraires et Imprimeurs à Rouen (Seine-Maritime) 1813-1881. Centre historique des Archives Nationales. 2003. 98p.
- Landry O. Mémoire sur le choléra épidémique de 1849. Concours pour le prix Montyon (1850). Manuscrit. 220p. (BIUS, rue de l'École de Médecine, Paris 6).
- Landry O. Recherches physiologiques et pathologiques sur les sensations tactiles. Archives Générales de Médecine. 1852;4(29):257-275 et 1852;4(30):28-56.
- Landry O. Considérations générales sur la pathogénie et les indications curatives des maladies nerveuses. Thèse Paris n° 321. Paris. Imprimerie Rignoux. 1854. 37p.
- Landry O. Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses. Paris. Imprimerie française et anglaise de E. Brière et Cie. 1855. 136p.
- Landry O. Mémoire sur la paralysie du sentiment d'activité musculaire. Paris. Typographie Henri Plon. 1855. 40p.
- Landry O. Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses. Le Moniteur des Hôpitaux, Journal des Progrès de la Médecine et de la Chirurgie pratiques. 1855;3(36):282-283 et 1855;3(40):314-317 et 1855;3(45):355-359.
- Landry O. De l'emploi du chloroforme et des agents narcotiques comme agents thérapeutiques et comme moyens de diagnostic dans certaines paralysies. Paris. Au bureau du Moniteur des Hôpitaux. 1857. 62p.
- Landry O. Note sur la paralysie ascendante aiguë. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. 1859;6(30):472-474 et 1859;6(31):486-488, accompagnée d'une note de Gubler.

- Landry O. *Traité complet des paralysies*. Paris. Victor Masson. 1859. 345p.
- Landry O, Samazeuilh N. Note sur un état nerveux très commun attribué à tort à la congestion cérébrale. Paris. Au bureau du *Moniteur des Sciences médicales et pharmaceutiques*. 1861. 31p.
- Luauté J-P, Lempérière Th. *La vie et l'oeuvre pionnière de Louis-Victor Marcé*. Paris. Editions Glyphe. 2012. 247p.
- Lyons JB. Robert Graves and neurology: a bicentenary tribute. *J Ir Coll Physicians Surg*. 1996;25(4):304-308.
- Marcé L-V. *Des altérations de la sensibilité*. Thèse d'agrégation. Paris J.-B. Baillière. 1860. 111p.
- Müller J. (traduit de l'allemand par A. Jourdan). *Manuel de physiologie*. Paris. J.-B. Baillière. 1845. 2t, 1545p.
- Muzard F. *Du syndrome de Landry*. Lyon. A. Rey. 1899. 108p.
- Pearce JM. Octave Landry's ascending paralysis and the Landry-Guillain-Barre-Strohl syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;62(5):495-500.
- Petiot M. *Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë, maladie de Landry, ses relations avec l'encéphalite épidémique*. Paris. Thèse n° 618. Imprimerie Olier-Henry. 1921. 40p.
- Petitfils A. *Considérations sur l'atrophie aiguë des cellules motrices (paralysie infantile spinale, paralysie spinale aiguë de l'adulte)*. Paris. Thèse n°215. Imprimerie A. Parent. 1873. 104p.
- Philippeaux J-M, Vulpian A. *Essai sur l'origine de plusieurs paires des nerfs crâniens*. Paris. Imprimerie Rignoux. 1853. 56p.
- Puchelt F-A-B. *Ueber partielle Empfindungs lähmung*. Heidelberg. *Medicinishe Annalen* 1844;10(4)
- Remlinger P. J.-B.-Octave Landry (1826-1865), d'après les témoignages de Charles-Martin de Thézillat, petit-fils de Landry. *La Presse Médicale*. 1933;40(11):227-229.
- Romberg M-H. *A manual of the nervous diseases of man*. London. Printed for the Sydenham Society. 1853. 2 vol.
- Sandras C-M-S. *Traité pratique des maladies nerveuses*. Paris. Germer-Baillière. 1851. 2 vol.
- Schott B. Histoire du syndrome de Guillain et Barré. *Revue Neurologique (Paris)*. 1982;138(12):931-938.
- Spillane J-D. The evolution of the Concepts of Peripheral Paralysis and of Sensory Ataxia in the 19 th Century. In: Rose C., Bynum WF, ed. *Historical Aspects of the Neurosciences*. Raven Press. New York. 1982:23-36.