

mérite ont confondue, non sans raison peut-être, avec la *chorea festinans*, cette *paralysis agitans* occupe un bras, par exemple. En même temps que celui-ci est constamment agité de tremblement, il est affecté d'une faiblesse qui, d'abord peu prononcée, fait rapidement des progrès. Bientôt la jambe du côté correspondant se prend à son tour, et avec le sentiment de la diminution de la force musculaire, arrivent les mouvements convulsifs involontaires. Le malade ne peut plus marcher qu'en sautillant. Son mal faisant des progrès, l'affection se généralise; le bras jusqu'alors sain et l'autre jambe sont pris; ses allures présentent alors quelque chose de tellement caractéristique, qu'on ne saurait plus s'y tromper, mais dont on ne saurait non plus donner une description satisfaisante. Il se tient et marche le corps penché en avant, le bras du côté malade demi-fléchi et fortement appuyé au corps. Son centre de gravité se trouvant ainsi déplacé, il est obligé de courir, pour ainsi dire, après lui-même; il s'en va trotinant, sautillant, et il lui est impossible de changer de place sans aide; un bâton ne lui suffit pas toujours, et vous en verrez ne pouvoir marcher que les deux mains appuyées sur les épaules d'un serviteur, ou soutenus par derrière. Cet appui venant à leur manquer, ils tombent inévitablement.

Je dois vous dire toutefois que l'affection nerveuse affecte toujours une forme paroxystique, et, après un accès qui peut durer de dix à quarante minutes et même plus, il y a, non pas de la douleur, mais une fatigue musculaire ressemblant à une courbature qui serait le résultat d'un exercice violent.

L'affection se généralisant encore davantage, les muscles du cou entrent également en convulsion; la tête est constamment brûlante, les muscles de la face ne sont pas épargnés; alors, ainsi que vous l'avez vu chez notre femme, la mâchoire inférieure tombe, la bouche reste béante et laisse écouler continuellement la salive, qui souille et inonde les vêtements.

La parole est nécessairement embarrassée, confuse.

D'un autre côté, la vessie se paralysant, il arrive une rétention et consécutivement une incontinence d'urine. Les facultés génératrices s'éteignent.

Ces mouvements convulsifs sont tellement, sinon violents, du moins répétés, qu'il en résulte des déformations des parties. Ainsi, les malades ayant leurs mains constamment appuyées, les doigts se luxent sur les métacarpiens, et leur face dorsale va former un angle avec la face dorsale de la main.

L'intelligence, d'abord intacte, finit par s'affaiblir, la mémoire se perd, et les personnes qui vivent dans la société du malade, s'aperçoivent bientôt qu'il n'a plus la lucidité ordinaire de son esprit; la caducité arrive bien avant l'âge.

Cette *paralysis agitans* est une maladie inexorable qui entraîne fatalement la mort dans un espace de temps plus ou moins rapproché, quels que soient les moyens de traitement que l'on emploie pour la combattre. Il est toutefois une observation singulière que j'ai pu faire chez trois individus que j'ai suivis jusqu'à la fin: ils sont tous morts de pneumonie. Il est peu probable que d'autres

praticiens aient l'occasion de constater une semblable coïncidence entre une névrose et la péripleurésie.

En France, je ne sache pas que les lésions anatomiques propres à la *paralysis agitans* aient été étudiées, et il paraît que ceux qui les ont recherchées ne les ont point rencontrées; cependant il nous faut tenir grand compte des altérations que Parkinson, Oppolzer et Lebert ont décrites. Permettez-moi de mettre sous vos yeux un fait observé avec le plus grand soin par M. le professeur Oppolzer.

Un homme de soixante-douze ans, très-maigre et très-chétif, fut admis à la Clinique le 20 juin pour être traité d'un tremblement violent qui le mettait hors d'état de se servir de ses mains. Voici ce qu'a raconté cet homme concernant le début de sa maladie: il n'avait, jusqu'à l'âge de soixante ans, éprouvé aucune maladie sérieuse, lorsqu'en 1848, pendant le bombardement de Vienne, il fut conduit par le hasard au milieu du lieu du combat. Là, il fut saisi d'une terreur telle, qu'il lui fut impossible de retourner chez lui, et qu'on fut obligé de l'y conduire. A peine s'était-il un peu remis, qu'une bombe vint à éclater près de sa maison, et renouvela son effroi. Quelques heures après ces divers événements, en voulant prendre un peu de nourriture, il s'aperçut qu'il lui était impossible de se servir de ses mains, parce qu'elles étaient prises immédiatement d'un tremblement violent dès qu'il s'agissait d'opérer un mouvement. Il remarqua aussi peu de temps après, que les membres inférieurs étaient également le siège d'un tremblement; mais celui-ci était beaucoup moins violent et n'empêchait pas la marche. La maladie, non seulement résista à tous les moyens employés, mais encore s'aggrava progressivement. Le tremblement persistait même pendant le repos du malade, et s'étendit à des muscles qui jusque-là n'avaient point été envahis; enfin il s'y joignit de la paralysie. Au bout de quelques années, le malade se vit dans l'impossibilité de demeurer dans la position verticale; dès qu'il cherchait à se tenir debout, il éprouvait une irrésistible propension à tomber en avant; il lui fallait alors, pour éviter la chute, saisir les objets environnants ou marcher à pas précipités. L'acuité de ses sens et des facultés intellectuelles avait diminué lentement, mais d'une manière progressive.

L'usage du thé, du café ou des boissons spiritueuses, augmentait toujours le tremblement; l'agitation des membres inférieurs était surtout prononcée le soir, lorsque le malade avait marché pendant la journée.

Il y a environ six mois, les sphincters, celui de la vessie en particulier, furent pris de paralysie; le malade fut admis alors à l'Hôpital général pour y être traité de ces nouvelles affections, qui, au bout d'un mois, parurent s'être quelque peu amendées.

Il y a cinq semaines, à la suite d'un violent accès de vertige, le malade s'affaissa tout à coup sur lui-même, et se trouva dans l'impossibilité de se relever; cependant il ne perdit nullement connaissance pendant toute la durée de l'attaque. Depuis cette époque, l'émaciation s'est accrue très-rapidement; la

station et la marche ne sont plus possibles que pendant un très-court espace de temps, et elles exigent de grands efforts; en outre, la parole est embarrassée.

Lors de son admission à la Clinique, le malade est dans l'état suivant: amaigrissement très-prononcé; teinte terreuse du tégument externe, dont la surface est recouverte de nombreuses écailles épidermiques; la sécrétion de la sueur, augmentée au visage, paraît diminuée, au contraire, sur les autres parties du corps; la température cutanée paraît inférieure à ce qu'elle est dans l'état normal.

Les muscles de la face, de la langue, du cou, ceux des extrémités supérieures, sont le siège de tremblements violents, incessants pendant la veille, et qui ne cessent complètement que lorsque le sommeil est profond.

Les extrémités inférieures ne présentent de tremblement que d'une manière périodique, et dans les moments où il y a exacerbation générale de tous les symptômes. Les muscles atteints de tremblement sont en même temps le siège de contractures, principalement les muscles du cou et des épaules.

Les pupilles sont également dilatées, et se rétrécissent également sous l'influence de la lumière.

La bouche ne peut être close qu'incomplètement, et la salive coule des deux côtés sur la peau du menton.

Il ne paraît exister aucune lésion viscérale; seulement il y a un peu de matité en avant et en arrière dans la région correspondant au sommet du poumon droit. En ces points, en outre, l'auscultation fait percevoir une diminution du murmure respiratoire. Les artères temporales et celles des extrémités, l'artère brachiale du côté droit principalement, sont flexueuses et rigides.

Partout la sensibilité est normale. Les muscles réagissent, bien qu'assez faiblement, sous l'influence de l'incitation électrique.

Il y a souvent des vertiges, plus rarement de la céphalalgie. L'évacuation des matières fécales a lieu d'une manière normale; les urines sont alcalines et contiennent une certaine quantité de pus.

Le malade répond très-lentement, mais assez nettement, aux questions qu'on lui adresse. La physionomie exprime l'indifférence et l'apathie. On prescrit l'emploi du sous-carbonate de fer (4 grammes en six doses pour trois jours).

Voici maintenant l'indication sommaire des phénomènes observés ultérieurement. Du 22 au 24 juin, il s'établit une diarrhée assez intense, avec selles involontaires, qui cèdent à l'emploi des lavements laudanisés. On reprend, le 24, l'usage du carbonate de fer, qui avait été supprimé momentanément pendant l'existence de la diarrhée.

Le 25 juin, le malade a peu dormi la nuit et il a eu du délire; vers dix heures du matin, il se déclare un accès épileptiforme, pendant lequel la tête était convulsivement entraînée à droite tandis que l'œil droit était tourné en dehors et en haut, l'œil gauche en bas et en dedans. En même temps les paupières et la langue étaient le siège de mouvements d'oscillation continus, tandis que

les muscles du visage et du cou étaient roides et durs. Les membres, tant inférieurs que supérieurs, au contraire, restèrent flasques et n'offrirent que peu de résistance aux mouvements qu'on cherchait à leur imprimer. Pendant cet accès qui dura à peu près huit minutes, la respiration et le pouls étaient faibles et irréguliers; la perte de connaissance était absolue.

Le 1^{er} et le 7 juillet, de nouveaux accès éclamptiques se produisirent, à la suite desquels le tremblement cessa chaque fois, pendant une demi-heure environ, pour se montrer ensuite de nouveau avec sa première intensité. D'ailleurs, la sensibilité générale parut s'émousser et s'amoindrir de jour en jour; le visage présentait une expression de stupeur qui rappelait la physionomie des individus atteints de fièvre typhoïde parvenue à la seconde période. Le ventre était ballonné; il y avait des selles involontaires; l'urine contenait une certaine quantité de carbonate d'ammoniaque, et renfermait toujours quelques globules de pus; le malade était plongé dans une sorte de sommeil incomplet, et il était à peu près impossible de fixer son attention. Il ne répondait que par des monosyllabes aux questions qui lui étaient adressées; les forces diminuèrent rapidement, et il survint, dans les derniers temps de sa vie, une pneumonie. Le malade succombait le 11 juillet.

A l'autopsie on trouve plusieurs cavernes tuberculeuses au sommet du poumon droit; hépatisation granuleuse du lobe inférieur du même poumon; les deux ventricules du cœur sont dilatés et contiennent du sang coagulé; leurs parois musculaires sont décolorées et friables; induration de la base des valvules aortiques; dilatation et ossification de la crosse de l'aorte; rate volumineuse; la membrane muqueuse vésicale est rouge, injectée, et la tunique musculaire de la vessie est également injectée; les autres organes abdominaux ne présentent d'ailleurs aucune altération notable.

Les parois de la voûte crânienne sont très-minces, et présentent des rugosités à la surface de la table interne. La dure-mère est épaissie et adhérente, çà et là, à la table interne de la voûte du crâne; la pie-mère est opaque, infiltrée de sérosité; il existe également une assez grande quantité de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les circonvolutions cérébrales sont amincies, les sillons qui les séparent paraissent plus profonds qu'à l'état normal; la substance corticale est d'un brun pâle, la substance médullaire parfaitement blanche et sillonnée de vaisseaux dilatés; la substance cérébrale est consistante, humide. Dans les ventricules, il y a plusieurs drachmes de sérosité transparente; l'épendyme, principalement au niveau de la corne postérieure, est granuleux. Dans l'épaisseur de la couche optique du côté droit on trouve un kyste apoplectique du volume d'un petit haricot, et dont les parois contiennent du pigment. *Le pont de varole et la moelle allongée sont très-manifestement indurés.* La moelle épinière est consistante; dans les cordons latéraux, principalement à la région lombaire, la substance médullaire est parsemée de stries grises opaques. A l'examen microscopique, on trouve dans l'épaisseur du pont de Varole et de la moelle allongée une production anormale

du tissu conjonctif, ce qui explique l'induration que présentent ces parties. Quant aux stries opaques observées dans les cordons latéraux de la moelle, elles dépendent de la présence de tissu conjonctif en voie de développement.

Messieurs, dans cette observation du professeur Oppolzer, vous avez vu que la moelle allongée et le pont de Varole étaient très-manifestement indurés; que dans les cordons latéraux de la moelle, principalement à la région lombaire, la substance médullaire était parsemée de stries grises opaques. Toutes ces altérations, de même que les altérations analogues constatées par Parkinson et M. Lebert, étaient la conséquence d'une hypertrophie du tissu conjonctif qui entre dans la structure du système nerveux. De plus, cette hyperplasie avait eu pour conséquence la compression des éléments nerveux, leur atrophie, et la dégénération graisseuse de ces mêmes éléments. A ces altérations, qui sont accompagnées d'induration des parties affectées, on a donné le nom de *sclérose*. Dans les cas où la nécropsie, dans ces mêmes parties, a démontré un commencement de ramollissement des cordons de la moelle, peut-être convient-il de ne voir qu'un travail consécutif à l'hypérémie et à la dilatation vasculaire qui entraînent de grandes modifications dans la nutrition des éléments nerveux.

De semblables altérations font comprendre l'impuissance de la thérapeutique; aucun traitement, jusqu'ici, ne paraît avoir eu un succès certain et soutenu. Nous devons cependant rappeler qu'Elliotson a attribué la guérison d'une *paralysis agitans*, chez un homme âgé de trente-cinq ans, à l'administration du sous-carbonate de fer. Mais Elliotson convient qu'il n'a obtenu qu'un seul succès complet, et que chez d'autres malades il n'y a point eu d'amélioration sensible.

Romberg qui a eu recours au même mode de traitement, dit n'en avoir pas obtenu plus de succès; aussi est-il permis, tout en accordant une certaine action au sous-carbonate de fer dans le cas de guérison signalé par Elliotson, de penser que l'âge du malade y eut une part aussi grande que le médicament. Les bains sulfureux, l'iodure de potassium et tous les grands modificateurs thérapeutiques devront être conseillés, surtout dans le but de mettre les sujets dans les conditions les plus favorables pour lutter contre les progrès de la maladie. Peut-être, ainsi que semble le démontrer une observation recueillie par M. le docteur Axenfeld, pourra-t-on enrayer le travail hyperémique, en ayant recours à la médication révulsive sur la région supérieure de la colonne vertébrale.

J'ai moi-même, dans quelques circonstances, obtenu de bons effets de l'usage de l'essence de térébenthine à haute dose et de l'hydrothérapie; mais jamais je n'ai guéri un malade, et cette triste affection est à mes yeux aussi inexorable que l'ataxie locomotrice dont j'aurai plus tard l'occasion de vous parler.

XLV. — FIÈVRE CÉRÉBRALE.

Quelques exemples de différentes formes de la fièvre cérébrale. — Tableau de la maladie : trois périodes généralement assez distinctes. — *Période prodromique*, caractérisée par un ensemble de phénomènes généraux, qui peuvent se rencontrer dans d'autres maladies, mais qui ne sont jamais plus prononcés et de plus longue durée que dans celle-ci. — *Seconde période* : apyrétique; le pouls prend une lenteur remarquable, la respiration un caractère particulier d'irrégularité. — Cette irrégularité des mouvements respiratoires est un signe d'une grande valeur. — Diagnostic différentiel entre la fièvre cérébrale et la fièvre typhoïde. — *Troisième période* : le pouls reprend une accélération souvent extraordinaire. — Abattement, délire; convulsions d'abord partielles, puis générales; paralysies. — La fièvre cérébrale est presque toujours, pour ne pas dire toujours, mortelle, quel que soit le traitement employé pour la combattre. — Les lésions anatomiques caractérisent bien plus une encéphalo-méningite qu'une méningite. — Qu'elle soit ou non tuberculeuse, la maladie affecte les mêmes allures. — Hydrocéphale chronique. — N'est pas la conséquence de la fièvre cérébrale.

MESSIEURS,

Au n° 33 de notre salle Saint-Bernard, vous avez vu mourir une jeune femme de vingt-trois ans qui était entrée à l'hôpital le 13 mars dernier. Elle venait ici pour se faire traiter d'une hémiplegie occupant les membres du côté droit, mais qui avait respecté la face et se liait à l'existence d'une *arthrite cervicale* caractérisée extérieurement par une tuméfaction considérable des premières vertèbres, par de la douleur qu'exaspéraient les moindres mouvements de la tête, que, par ce fait, la malade tenait dans une immobilité absolue.

La paralysie était survenue dans les circonstances suivantes. Cette jeune femme nous racontait qu'elle était habituellement bien portante, bien que d'une constitution délicate. Elle avait été prise, dix-huit mois avant son arrivée à l'Hôtel-Dieu, de douleurs dans le cou, assez vives pour l'empêcher de tourner la tête, alors surtout qu'elle voulait la porter à droite. Ces douleurs étaient accompagnées d'une gêne, d'une sorte de roideur dans la région et d'un gonflement notable. Des frictions avec des pommades dont elle ne sut nous dire la composition, des cataplasmes et plus tard des applications de sangsues n'empêchèrent pas les progrès du mal. Dix mois plus tard il avait augmenté à ce point, que la pauvre patiente ne pouvait plus rester couchée la tête appuyée sur son oreiller, cette pression exaspérant les douleurs qui étaient beaucoup plus vives du côté droit du cou. En même temps elle éprouvait une sensation continue d'engourdissement dans cette partie. Les accidents ne tardèrent pas à se compliquer, et quinze mois après leur début, elle se plaignait de voir ses