

J'ai déjà formulé cette proposition, que j'ai justifiée par des faits empruntés à divers auteurs, et par le suivant, que j'ai observé moi-même en 1864, il est des plus démonstratifs : chez un jeune homme de trente-deux ans, qui a succombé à une méningo-myélite suppurée, j'avais constaté à plusieurs reprises que la sensibilité était parfaite dans tous ses modes; la sensibilité tactile notamment était aussi complète, aussi rapide qu'à l'état physiologique, et en me basant sur ce fait, j'avais annoncé que les cordons blancs postérieurs ou la substance grise devaient avoir conservé leur constitution normale. Quand je vis la mort imminente, je répétais encore une fois l'épreuve, afin de me mettre à l'abri de toute objection, et j'obtins des résultats aussi nets qu'auparavant. Le malade mourut le lendemain, et je trouvai avec une méningite suppurée un ramollissement des cordons postérieurs dans le renflement cervical et dans la plus grande partie du renflement lombaire, avec intégrité de la substance grise postérieure. La lésion n'était pas constituée par un simple changement de consistance, avec conservation des éléments normaux; les tubes nerveux étaient complètement détruits; ceux qui étaient reconnaissables apparaissaient privés de moelle et de cylindre, ils ne contenaient que des gouttelettes dissociées de graisse et des granulations amorphes. Conséquemment, disais-je alors, la conservation de la sensibilité tactile n'implique point l'intégrité des faisceaux blancs postérieurs; il est clair que dans les cas de ce genre la transmission des impressions de contact se fait par la substance grise, et la solidarité compensatrice que j'ai signalée entre les parties blanches et les parties grises du système aësthésodique

est par là nettement démontrée (1). — Cette année même, mon savant collègue Vulpian a rapporté un fait qui confirme cette conclusion (2).

Renseignés de la sorte sur les conditions que doit remplir la lésion spinale quant à son siège, nous pouvons plus sûrement en rechercher la nature. C'est une lésion qui occupe des régions distinctes de la moelle, et qui dans ces régions mêmes n'intéresse pas la totalité des éléments kinésodiques; d'un autre côté, c'est une lésion apyrétique, à marche lente, avec paroxysmes douloureux; or je ne connais que la sclérose qui réponde rigoureusement à cet ensemble de conditions, et je m'arrête à ce diagnostic.

La sclérose de la moelle, comme celle du poumon, comme celle du foie (3), conduit à l'atrophie des éléments normaux de l'organe; elle se présente sous deux formes que j'ai déjà signalées en 1864 (4); tantôt elle intéresse, dans une longueur considérable, les faisceaux similaires de la moelle, cordons postérieurs ou cordons antéro-latéraux, c'est alors la sclérose que j'appelle régulière ou uniforme et que Bouchard propose de dénommer sclérose rubanée; tantôt elle est disposée sous forme de plaques isolées, disséminées en nombre variable sur divers éléments et à diverses hauteurs de la moelle; c'est la sclérose diffuse que Vulpian appelle sclérose en plaques.

La sclérose uniforme des cordons postérieurs est la lésion anatomique de cette maladie spinale, dont l'ataxie

(1) Jaccoud, *Les paraplégiés, etc.* Paris, 1864, p. 534.

(2) Vulpian, *Note sur la sclérose en plaques de la moëlle épinière* (*Soc. méd. des hôp.* — *Union méd.*, 1866).

(3) Voyez les leçons sur la sclérose du poumon et du foie.

(4) Jaccoud, *loc. cit.*

locomotrice est le symptôme dominant, celle-là est fréquente et depuis longtemps connue. La sclérose uniforme des cordons antéro-latéraux donne lieu à une paraplégie à marche lente, avec désordres de la miction et de la défécation; cette variété est plus rare, et je veux vous rapporter une observation de Demme, qui vous en montrera clairement l'influence pathogénique et les caractères anatomiques. J'ai déjà cité ce fait dans mon travail sur les paraplégies à l'article *Sclérose de la moelle*.

Un homme robuste de cinquante-huit ans éprouvait depuis fort longtemps une faiblesse des membres inférieurs qui lui rendait la marche et la station debout extrêmement difficiles; enfin, la paraplégie devint complète, en même temps apparut la rétention de l'urine et des matières fécales. Les choses étaient en cet état depuis quinze jours, lorsque le malade fut emporté par une pneumonie. A l'autopsie, Demme trouve, avec une injection notable des méninges, une dégénérescence scléreuse très-avancée des cordons antéro-latéraux et de presque toute la substance grise; les cordons postérieurs étaient intacts. On pouvait suivre, dans les parties atteintes, toutes les phases successives de la lésion, depuis l'imbibition des cordons nerveux par une substance conjonctive délicate, quasi liquide et riche en noyaux, jusqu'à leur destruction par un tissu conjonctif parfait, épais et noueux. C'est au niveau du renflement lombaire que l'altération était le plus avancée; dans cette région, les fibres les plus externes des cordons postérieurs commençaient à être atteintes et présentaient déjà une intumescence variqueuse (1).

(1) Demme, *Beiträge zur pathologischen Anatomie des Tetanus*. Leipzig und Heidelberg, 1859.

Cette observation est d'une importance particulière dans l'histoire de la sclérose, en raison de la lésion simultanée de la substance blanche et de la substance grise. La sclérose coïncide souvent avec l'injection de la pie-mère et l'épaississement du réseau conjonctif périphérique de la moelle, septum cortical de Goll; c'est alors une sclérose méningo-spinale; cette double lésion était très-nette sur des pièces anatomiques que j'ai examinées à Berlin avec le professeur Frerichs et le docteur Mannkopff.

Cela dit sur la sclérose uniforme, j'arrive à la sclérose diffuse, qui peut seule être mise en cause chez notre malade, en raison de la dissémination des symptômes. Cette variété, qui a été figurée par le professeur Cruveilhier et par Carswell, a été étudiée d'abord par Türk (1), puis par Frerichs et Valentiner (2), dont j'ai fait connaître, il y a deux ans, la remarquable observation. Permettez que je vous en rappelle les principaux traits, elle présente avec notre fait une analogie qui n'a pas été sans influence sur mon diagnostic.

Une fille de vingt ans fut prise de faiblesse dans les jambes aussitôt après avoir traversé un ruisseau; à ce symptôme se joignit bientôt un tremblement dans les mains, puis survint une parésie des muscles de la langue

(1) Türk, *Beobachtungen über das Leitungsvermögen des menschlichen Rückenmarks*, Wien, 1855.

(2) Valentiner, *Ueber die Sklerose des Gehirns und Rückenmarks (Deutsche Klinik)*, 1855.

Comparez :

Rokitansky, *Ueber Bindegewebswucherung im Nervensystem*. Wien, 1857.

Frerichs, *Ueber Hirnsklerose (Haesers Archiv, X)*.

et des yeux; du reste pas de convulsions, pas de perte de connaissance. Pendant trois années la malade présentait de nombreuses alternatives de bien et de mal; au bout de ces trois ans, paraplégie complète, relâchement des sphincters de la vessie et de l'anus, parésie des muscles extenseurs du tronc du côté droit, d'où incurvation du corps à gauche, enfin eschares, fièvre hectique, œdème généralisé et mort. A l'autopsie, on trouve des noyaux de sclérose dans les parois des ventricules latéraux et dans le pont de Varole, et des indurations disséminées par places dans la moelle épinière.

Dans ce fait, la marche a été lente et progressive comme chez notre malade, et les premiers accidents ont pu être rapportés comme chez elle à l'impression du froid. Il est vrai qu'il s'est agi, non pas d'une sclérose spinale pure, mais d'une sclérose cérébro-spinale; cette circonstance est une analogie de plus avec l'histoire de notre malade, et je dois maintenant vous signaler un symptôme que j'ai laissé à dessein de côté jusqu'ici, afin de ne pas obscurcir la discussion. Deux mois après l'apparition des premiers accidents de paralysie, c'est-à-dire il y a sept mois, cette femme a commencé à se plaindre de bruissements et de douleurs dans l'oreille gauche, avec céphalalgie toujours limitée à ce même côté. Ce sont là les seuls phénomènes céphaliques qu'elle a présentés, mais ils ont été assez marqués et assez persistants pour que la malade ait, à plusieurs reprises, attiré notre attention sur eux. Après quelque temps la douleur de tête a disparu, mais les bourdonnements d'oreille existent toujours, et l'ouïe est considérablement affaiblie du côté gauche; la femme prétend même être complètement

sourde de ce côté; mais je me suis assuré par une exploration attentive que cette assertion n'est pas fondée. En présence de ce symptôme, je suis porté à croire que la lésion scléreuse dans sa diffusion irrégulière a intéressé les éléments du nerf auditif gauche, et c'est là une ressemblance de plus avec le cas de Valentiner. Au reste, cette extension de la sclérose diffuse vers les parties supérieures n'est point extrêmement rare, et dans l'un des faits de mon savant collègue Charcot, il y avait, avec la lésion de la moelle, des noyaux isolés d'atrophie sur la protubérance annulaire et la pyramide antérieure gauche.

Notre observation diffère de celles de Charcot et Vulpian par l'absence des contractures et des crampes paroxystiques; mais cette différence n'est pas tellement importante qu'elle doive nous faire hésiter dans le diagnostic. La contracture permanente ou paroxystique n'est pas constante, il s'en faut, dans la sclérose spinale; ce symptôme manquait dans les cas de Cruveilhier, il n'en est pas question dans ceux de Türk et de Valentiner; conséquemment l'absence ou la présence de ce phénomène ne prouve rien ni pour ni contre la lésion. Je ne suis même pas en mesure d'affirmer que les attaques douloureuses sans contracture, telles que nous les avons observées chez notre femme, existent dans tous les cas; cependant elles ne manquent guère dans la sclérose uniforme, et par analogie il est permis de croire qu'elles caractérisent aussi la sclérose diffuse; d'ailleurs, ces paroxysmes constituent un symptôme initial que les progrès de la lésion peuvent faire disparaître, et si l'on n'a pas l'occasion de suivre les malades dès le début, on est

exposé à méconnaître l'existence de ce phénomène. Cette marche lente et continue, avec attaques douloureuses à la suite desquelles les désordres fonctionnels sont aggravés, est en somme le meilleur caractère de la sclérose atrophique, quel que soit l'organe dans lequel elle siège.

La thérapeutique est impuissante pour enrayer les progrès de la sclérose spinale antérieure; je ne connais aucun fait qui démente cette proposition; le médecin ne peut cependant rester inactif en présence des douleurs atroces qui tourmentent parfois les malades; il y a là une indication symptomatique urgente qu'il faut au moins essayer de remplir. Chez les individus robustes et pléthoriques, les applications répétées de ventouses scarifiées sur les parties latérales de la colonne vertébrale sont utiles, mais même dans ces conditions, le soulagement m'a toujours paru temporaire; chez un malade que je soigne depuis plusieurs mois, je n'en ai obtenu aucun effet durable, et chez notre femme, ce moyen ne nous a donné aucun résultat notable. Chez les individus de force moyenne et *a fortiori* chez les sujets faibles, je pense qu'il faut s'abstenir totalement des émissions sanguines. Je vous engage aussi à épargner à ces malades la torture inutile des cautères et des sétons; je n'ai jamais vu que les douleurs en fussent le moins du monde modifiées; c'est une aggravation stérile à la situation déjà si pénible du patient. Dans plusieurs cas de sclérose des cordons postérieurs, *sclérose ataxique*, j'ai inutilement essayé le bromure de potassium; je l'ai porté graduellement jusqu'à la dose de 4 grammes par jour, sans en obtenir aucun résultat; même insuccès chez le client dont je viens de vous parler, et qui, comme notre femme, est atteint de cette sclé-

rose que j'appelle *paralytique*, pour l'opposer à la précédente; même insuccès, enfin, chez la malade que nous avons sous les yeux. Peut-être sera-t-on plus heureux chez d'autres individus; mais, à ne juger que d'après ce que j'ai vu, je ne puis vous recommander ce médicament dans ces circonstances. Je n'ai pas mieux réussi avec le seigle ergoté, bien que je l'aie administré avec persévérance; en revanche, j'ai vu dans quelques cas déjà, chez notre femme entre autres, un soulagement durable succéder à un traitement mixte par la belladone et le nitrate d'argent. Voici comment j'ai procédé: je fais faire des pilules contenant chacune un demi-centigramme de poudre et un demi-centigramme d'extrait de belladone; le malade commence par prendre une de ces pilules le soir en se mettant au lit, tous les trois jours j'augmente la dose d'une pilule jusqu'à la production d'une dilatation moyenne des pupilles et d'un peu de sécheresse de la gorge; cette dose ne doit pas être dépassée, mais à moins d'une susceptibilité individuelle particulière, elle peut être maintenue pendant plusieurs jours; s'il n'y a pas à ce moment de paroxysme douloureux, je commence l'emploi du nitrate d'argent sous forme de pilules contenant chacune un centigramme de sel; une pilule le matin à jeun est la dose initiale, on peut arriver graduellement jusqu'à 4, 5 et même 6 centigrammes. Mais il faut avoir soin de surveiller attentivement l'état de l'estomac, et d'examiner tous les jours les téguments et les conjonctives; souvent, en effet, les premières doses du médicament amènent de la gastralgie et des troubles dyspeptiques qui obligent d'en suspendre momentanément l'usage ou d'en diminuer la dose, et d'autre part, les sels

d'argent absorbés en certaine quantité produisent une coloration brune de la peau, une véritable mélanodermie, qui débute quelquefois par la muqueuse oculaire. Au premier indice de ce phénomène, vous devez renoncer à la médication.

Tel est le traitement qui m'a le mieux réussi pour calmer et éloigner les douleurs de la sclérose spinale; il doit être continué durant des semaines et des mois, mais il est bon de l'interrompre de temps en temps pendant quelques jours, afin de se mettre à l'abri des inconvénients de l'intolérance; il en est, du reste, de ce traitement comme de toutes les médications actives, la question de dose et de durée ne peut être définie à l'avance une fois pour toutes, elle varie avec chaque malade. Vous pouvez, sans inconvénient, donner la belladone au milieu même du paroxysme douloureux, mais le nitrate d'argent, dans ces circonstances, m'a toujours semblé faire plus de mal que de bien, et je ne l'administre que dans les périodes de détente. Deux fois déjà j'ai ajouté à ces moyens internes l'application d'un emplâtre de belladone sur la région dorsale, et le soulagement, dans ces deux cas, a été plus rapide; je fais préparer l'emplâtre d'après la formule de Planche, savoir :

Extrait alcoolique de belladone.....	40 grammes.
Résine élémi.....	10 —
Cire.....	5 —

Faites dissoudre la cire et la résine, incorporez l'extrait.

Je taille de cet emplâtre deux bandes rectangulaires que je place de chaque côté de la colonne vertébrale, en évitant de recouvrir les apophyses épineuses. Si l'on n'avait pas cet emplâtre à sa disposition ou s'il détermi-

nait des tiraillements et une gêne pénibles, on pourrait tout simplement délayer de l'extrait de belladone dans un peu d'eau, de manière à former un mélange de consistance épaisse, et l'on en étendrait une couche sur la région dorso-lombaire. L'application est ainsi plus facilement tolérée, mais elle a l'inconvénient de salir les linges du malade et de l'incommoder par l'odeur nauséuse de l'extrait.

Dans quelques cas enfin, les douleurs au moment du paroxysme sont tellement vives, la sensation de constriction thoracique ou abdominale est tellement pénible, que le malade demande à grands cris un soulagement immédiat que ne peut lui donner la médication interne; il faut alors, tout en instituant le traitement, recourir à des applications de chloroforme sur le foyer douloureux dorsal, sur les régions qu'occupe la douleur en ceinture et sur les membres où se font sentir les irradiations.

Chez un Américain atteint de sclérose ataxique auquel je donne des soins depuis quelque temps, et qui a parfois des accès d'une horrible violence, ce moyen réussit mieux que tout autre à calmer les souffrances et l'angoisse constrictive de la douleur en ceinture. — Dans cette forme de sclérose, l'électrisation méthodique sur la colonne vertébrale, ou plutôt sur les régions latérales, au niveau de l'émergence des nerfs, calme souvent les douleurs et améliore même l'état de la motilité; mais l'expérience me manque pour juger de ce moyen dans la sclérose paralytique; je ne l'ai employé que dans un cas, c'est chez notre malade de la salle Sainte-Anne, et il ne m'a donné aucun résultat certain. Peut-être aurais-je été plus heureux si j'avais eu à ma disposition un appareil à courant

constant; c'est en effet dans les lésions trophiques de la moelle et des nerfs que le courant galvanique trouve son indication la plus positive; les faits que j'ai observés à Vienne avec mon ami Benedikt, ceux qu'il a rapportés dans ses remarquables travaux, et les observations de Remak ne me laissent pas de doute sur la supériorité de cette méthode d'électrisation dans ces conditions particulières.

Telle est, messieurs, l'histoire clinique de notre malade; le contrôle anatomique du diagnostic nous fera défaut, je vous le répète; mais j'ai cru néanmoins qu'il était utile de soumettre à une analyse rigoureuse un cas qui ne rentre pas dans les formes communes de la paralysie, et qui m'a fourni l'occasion de vous signaler une maladie peu connue de la moelle épinière. Je l'ai dit ailleurs, les lésions de la sclérose échappent facilement à l'œil nu, et bien des faits qui ont été donnés comme des exemples de paralysie sans lésion ressortissent vraisemblablement à cette classe d'altérations; d'un autre côté, au point de vue anatomo-pathologique, la connaissance de la sclérose diffuse de la moelle est d'une haute importance, car elle dégage une espèce anatomique nettement définie du groupe vague et confus des myélites chroniques.

Cinq mois après cette leçon, à la fin de décembre 1866, la malade était à peu près dans le même état. Sauf les exceptions signalées, les muscles paralysés se contractent toujours bien sous l'influence de l'électricité; mais deux phénomènes nouveaux ont apparus. Un œdème peu marqué, mais permanent, occupe les membres inférieurs

jusqu'au-dessous des genoux, et les intestins sont le siège d'un météorisme considérable dû vraisemblablement à la parésie de leurs muscles propres et des muscles larges de l'abdomen. L'incontinence de l'urine et des matières fécales est toujours la même; il n'y a pas d'eschares. Dans les membres supérieurs, la paralysie n'a pas fait de progrès; la surdité gauche persiste.