

malé de 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 du tissu conjonctif en voie de développement.

Ce fait est un exemple de sclérose en plaques disséminées, dont M. Charcot distingue trois formes : une forme *cérébrale* ou céphalique ; une *spinale* et une *cérébro-spinale*. La forme cérébrale est très-rare ; le plus souvent ses symptômes se surajoutent à la forme spinale et constituent la troisième forme admise par M. Charcot. Dans la sclérose en plaques disséminées à forme spinale, il y a, en général, au début un sentiment de pesanteur et d'engourdissement, des fourmillements, une faiblesse croissante dans l'un des membres inférieurs ou tous les deux. Puis la faiblesse gagne les membres supérieurs, l'un après l'autre. Enfin apparaissent, dans les membres inférieurs et supérieurs, des *secousses rythmiques*, qui donnent à l'affection son caractère spécial et ne se montrent que dans les mouvements spontanés ; à l'état de repos, au contraire, et c'est là un caractère sur lequel insiste M. Charcot, ces membres ne sont agités d'aucun tremblement. Dans une deuxième période, à la parésie succède une paralysie de plus en plus accentuée. Bientôt apparaissent deux phénomènes nouveaux : la rigidité ou la contracture des membres paralysés ; des convulsions toniques, spontanées ou provoquées, et revenant par accès. La contracture entraîne une attitude particulière des membres ; l'extension semble l'emporter sur la flexion dans les membres inférieurs, tandis que la flexion forcée s'observe ordinairement aux doigts. Dans une troisième période, la motilité finit par disparaître, la contracture par devenir permanente. Au contraire, en général, la sensibilité reste intacte ; on peut provoquer quelquefois les mouvements réflexes par le pincement de la peau, le chatouillement de la plante des pieds ; tandis que d'autres fois ces excitations sont sans aucun résultat. Puis survient la cachexie : langueur de la nutrition, amaigrissement considérable et rapide, et mort soit par déchéance générale, soit par une complication.

Dans la forme *cérébro-spinale*, aux symptômes précédents s'ajoutent des phénomènes *cérébraux*, permanents ou intermittents, et qui sont l'affaiblissement de la vue, la diplopie, un état vertigineux habituel, de la céphalalgie, de l'embarras de la parole, des attaques apoplectiformes passagères sans perte de connaissance. Ces phénomènes *cérébraux* peuvent suivre ou précéder les troubles *spinaux* que nous venons de décrire ; et, après un temps variable, paraît le *tremblement* dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs, au globe de l'œil, où il constitue le nystagmus, et enfin à la langue. Ici encore ce tremblement a pour caractère de ne se produire qu'à l'occasion de mouvements volontaires. La paralysie caractérise la seconde période dans cette forme comme dans la forme spinale ; mais il y a de plus des spasmes tétaniques spontanés ou

provoqués, et une aggravation graduelle dans les troubles de la vue et de la parole. La sensibilité au toucher, à la douleur, à la chaleur est ordinairement intacte. Enfin la mémoire, le raisonnement, les facultés affectives s'altèrent ; l'intelligence s'affaiblit et quelquefois le malade tombe dans la stupeur ou l'hébétéude. La mort a lieu, comme dans la forme précédente, par troubles de la nutrition générale ou complications les plus souvent thoraciques.

Anatomiquement, la sclérose en plaques disséminées est caractérisée par des plaques grises, circonscrites, ou mieux par des îlots plus ou moins larges et profonds répandus sans ordre sur les différents cordons de la moelle ou les diverses régions de l'encéphale. Les contours en sont irréguliers, quoique bien définis, les dimensions variant de quelques millimètres à trois ou quatre centimètres en long et en large ; le nombre en est généralement assez considérable. La consistance en est plus ferme que celle du tissu environnant, dans la profondeur duquel elles pénètrent sous la forme de noyaux, de cônes mal délimités. On a trouvé de ces plaques dans les parois des ventricules latéraux, dans le centre ovale, sur les pédoncules cérébraux, la protubérance annulaire, les olives, les pyramides et les autres cordons du bulbe, dans le corps rhomboïdal du cervelet. Dans la moelle, les plaques occupent tantôt plusieurs cordons du même côté, tantôt les deux cordons symétriques droit et gauche.

Histologiquement, il y a atrophie et dégénérescence du tissu nerveux ; il y a atrophie du cylindre de myéline des tubes nerveux, puis du cylindre d'axe. Cependant celui-ci persiste le plus souvent, et, à la place du cylindre de myéline, ne se voit plus que des gouttelettes graisseuses. Cette atrophie est le résultat de la prolifération d'un tissu fibrillaire de nouvelle formation qui constitue un feutrage parasite qu'on voit bien dans les coupes longitudinales.

Les vaisseaux qui traversent les plaques scléreuses subissent aussi des altérations : à la périphérie des plaques, les parois vasculaires sont plus épaisses et plus riches en noyaux ; plus près du centre de la plaque, les noyaux sont encore plus nombreux et la tunique adventice est remplacée par plusieurs couches de fibrilles ; enfin les parois peuvent devenir tellement épaisses, que le calibre du vaisseau en soit diminué.

En résumé, on peut dire que l'altération scléreuse des centres nerveux a pour fait initial la prolifération des noyaux et l'hyperplasie concomitante des fibres réticulées de la névroglie, ou tissu conjonctif interstitiel, et pour phénomènes secondaire, subordonné au précédent, l'atrophie dégénérative des éléments nerveux.

La particularité diagnostique fondamentale entre la sclérose en plaques et la paralysie agitante est, suivant M. Charcot, aux leçons duquel j'ai emprunté les détails qui précèdent, que, dans la sclérose, le tremblement

n'apparaît que dans les mouvements volontaires, tandis que dans la paralysie agitante il existe même à l'état de repos des malades.

Dans la paralysie agitante, le tremblement commence ordinairement par l'un des membres, supérieurs ou inférieurs, et s'étend ultérieurement; le malade tremble alors incessamment. Enfin si l'on observe parfois des troubles de la langue, on n'a jamais noté de nystagmus.

Au point de vue anatomique, ces maladies ne différeraient pas moins, attendu que les lésions de la paralysie agitante, s'il y en a, sont encore inconnues et n'ont pas été constatées à l'œil nu¹.

Le traitement doit s'inspirer de cette doctrine, et une observation d'un de mes collègues, le professeur Axenfeld, vient à l'appui de ma manière de voir. Mon savant ami a, en effet, réussi à enrayer le travail hyperémique et les symptômes de la paralysie agitante, en appliquant la médication révulsive sur la région supérieure de la colonne vertébrale.

C'est pour la même raison qu'on pourra rationnellement prescrire l'iodure de potassium, les bains sulfureux. J'ai moi-même, dans quelques circonstances, obtenu de bons effets de l'essence de térébenthine à haute dose et de l'hydrothérapie.

Elliotson dit avoir guéri un malade par l'emploi du sous-carbonate de fer; mais ce succès est resté unique en son genre: l'auteur lui-même ne l'a pas vu se répéter sous ses yeux, et Romberg, qui l'a employé à l'exemple d'Elliotson, l'a vu constamment échouer. Peut-être la médication du médecin anglais n'a-t-elle une fois réussi que parce que l'individu était anémique.

En résumé, messieurs, je n'ai jamais guéri un malade atteint de paralysie agitante, je vous ai dit quelle en était la nature anatomique probable, je vous en ai indiqué le traitement rationnel, mais je crois de mon devoir de vous dire que, arrivée à un certain degré, cette triste affection est aussi inexorable que l'ataxie locomotrice dont j'aurai plus tard l'occasion de vous parler.

1. Charcot, Leçons faites à la Salpêtrière, *Gazette des hôpitaux*, 1869. — Bourneville, *la Sclérose en plaques disséminées*, Paris, 1869.

XLVIII. — FIÈVRE CÉRÉBRALE.

Quelques exemples de différentes formes de la fièvre cérébrale. — *Période prodromique*, phénomènes généraux. — *Seconde période*: apyrétique; lenteur du pouls, irrégularité de la respiration. — Diagnostic différentiel entre la fièvre cérébrale et la fièvre typhoïde. — *Troisième période*: Accélération souvent extraordinaire du pouls. — Abattement, délire; convulsions d'abord partielles, puis générales; paralysies. — Fièvre cérébrale presque toujours mortelle. — Lésions anatomiques d'une encéphaloméningite. — Tuberculeuse ou non, la maladie affecte les mêmes allures.

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 continuelle 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 forces diminuer dans le bras et dans la jambe droite. Cette faiblesse s'accrut et devint, au bout d'un mois, une véritable paralysie; cependant cette paralysie ne fut jamais complète. La marche était encore possible, bien que la jambe ne fût plus que difficilement soulevée et restât traînante; le membre supérieur n'avait pas absolument perdu tout mouvement, bien que la malade ne pût plus se servir de sa main, non-seulement