

**Étiologie.** — On n'est pas encore suffisamment fixé sur la nature des causes prédisposantes et efficientes qui peuvent produire l'encéphalite. On sait pourtant que cette maladie atteint deux ou trois fois plus souvent l'homme que la femme; mais on n'est pas encore suffisamment fixé sur l'époque de la vie à laquelle la maladie prédomine, les uns ayant indiqué l'enfance, d'autres l'âge viril. On ne sait non plus rien de précis sur le rôle que jouent les affections tristes de l'âme, les travaux de l'esprit et la température: quelques faits autorisent à penser que la maladie peut survenir sous une influence héréditaire. L'encéphalite reconnaît souvent comme cause déterminante une violence extérieure sur les os du crâne, l'insolation ou les excès alcooliques. Nous avons dit aussi que l'inflammation de l'oreille interne, soit qu'elle dépende primitivement de la carie du rocher, soit que, bornée d'abord à la muqueuse, elle finisse par altérer cet os, est une cause d'encéphalite, laquelle se termine ici presque toujours par la formation d'un abcès. Le virus vénérien a été considéré par Lallemand comme pouvant aussi exercer une influence directe et primitive sur le cerveau et l'enflammer; mais cette opinion ne nous semble être encore nullement démontrée; il est, au contraire, incontestable pour tous que le virus vénérien, en altérant les os du crâne, peut devenir ainsi l'occasion indirecte d'une encéphalite. Enfin, celle-ci se développe fréquemment au pourtour d'un caillot ou d'une tumeur du cerveau: dans tous ces cas on dit qu'elle est consécutive.

**Traitement.** — Le traitement ne diffère en rien de celui que nous avons indiqué précédemment pour la méningite; ce sont les antiphlogistiques combinés avec les mercuriaux et appliqués suivant les mêmes règles. Peut-être pourrait-on essayer aussi la méthode contre-stimulante qui échoue généralement dans les phlegmasies des membranes séreuses; quelques faits autorisent du moins à employer ce traitement dans l'encéphalite aiguë. Dans la période de collapsus, et lorsque la maladie passe à l'état chronique, il faut insister sur les révulsifs puissants portés sur le tube digestif et surtout sur la peau: tels sont un séton, un ou plusieurs cautères à la nuque, ou bien un large vésicatoire sur le cuir chevelu.

DE LA PÉRIENCÉPHALITE CHRONIQUE DIFFUSE, OU PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Il y a une paralysie remarquable par sa marche, sans cesse envahissante, qui, débutant communément par un embarras de la langue, par un tremblement des lèvres ou par l'affaiblissement des membres, s'étend progressivement à la plupart des muscles du corps; l'intelligence est en même temps plus ou moins gravement atteinte, elle ne reste presque jamais intacte; c'est cette paralysie que mon très-regrettable ami le professeur Requin a fort bien caractérisée en l'appelant *paralysie générale progressive*.

**Historique.** — Cette affection nous paraît être la même que celle qui, après avoir été méconnue jusqu'à la fin du dernier siècle, fut signalée en 1798 par Haslam, puis par Esquirol, par Georget, mais qui n'a été bien décrite que depuis une quarantaine d'années par M. Delaye, dans sa thèse soutenue en 1824, et surtout par les docteurs Bayle et Calmeil, auteurs l'un et l'autre d'une monographie justement estimée. Plus récemment, M. Parchappe dans ses *Recherches sur l'encéphale*, MM. Baillarger et Lunier dans les *Annales médico-psychologiques* (année 1849), M. Brierre de Boismont dans le *Supplément du Dic-*

*tionnaire des dictionnaires*, MM. Lasègue, Jules Falret et Linas dans leurs thèses (1), ont su ajouter quelques faits nouveaux ou intéressants à ceux de leurs devanciers.

Jusque dans ces derniers temps, et malgré un fait consigné dans la thèse même de M. Delaye, la paralysie progressive, exclusivement étudiée par les médecins aliénistes, a été regardée comme une complication qu'on n'observait que dans les asiles d'aliénés. Cependant Requin, protestant dès 1846 dans son *Traité de pathologie* contre cette opinion, citait des faits de paralysie générale qu'il avait observés dans des conditions différentes, et depuis que l'attention a été éveillée par lui sur ce point, des observations assez nombreuses ont été recueillies dans les hôpitaux d'adultes. Il n'est pas d'année où je n'en rencontre quelques cas dans mon service d'hôpital, ainsi qu'en ville. Nous verrons plus tard que la maladie est la même que celle qui éclate dans les asiles d'aliénés.

**Anatomie pathologique.** — Chez les individus qui succombent à la paralysie générale, on trouve des lésions nombreuses dans la boîte crânienne. On constate des congestions, des épaissements et des opacités de l'arachnoïde, des fausses membranes, des épanchements séreux ou sanguins, tels que nous les décrirons ailleurs à propos de l'apoplexie méningée. Il existe en outre des indurations, et presque toujours, quelques-uns disent même toujours, un ramollissement périsphérique des couches corticales qu'on entraîne lorsqu'on détache les membranes. Ailleurs, comme le note M. Calmeil (2), il existe une sorte de soudure entre la pie-mère et le cerveau; c'est avec peine qu'on les sépare; lorsqu'on y parvient, on a sous les yeux des surfaces excoriées, déchirées, rouges, saignantes, ramollies, parfois indurées et atrophiées, les adhérences dont je parle peuvent exister partout, mais on les constate plus spécialement à la face convexe, aux régions pariétales et à la face inférieure des lobes antérieurs. L'examen microscopique a révélé constamment alors dans la couche corticale une vascularisation très-grande, des dépôts plastiques, une déformation des cellules nerveuses, des tubes nerveux plus ou moins atrophiés. Le cerveau dans son ensemble est sensiblement réduit de volume; M. Parchappe a trouvé après des pesées nombreuses une différence de 179 grammes pour les hommes et de 157 pour les femmes entre le poids du cerveau dans la paralysie générale et le poids du même organe dans la manie aiguë.

On voit combien sont nombreuses les lésions qui existent dans les cas de paralysie générale, cependant les adhérences et le ramollissement de la substance corticale ont été généralement considérés comme constituant seuls le caractère anatomique de la maladie. On a, il est vrai, contesté le fait; on a dit que ces lésions pouvaient manquer. M. Lélut le premier a cité dans le premier volume des *Annales médico-psychologiques*, deux cas de démence paralytique sans lésion cérébrale; d'autres aliénistes distingués, MM. Thore et Aubanel, ont parlé de faits semblables, mais ils sont si rares, si exceptionnels, comparés aux autres, que le doute est permis. Il importe d'ailleurs de dire que beaucoup de lésions des couches corticales ne sont appréciables qu'à l'examen fait avec le microscope. Ce qui nous porte à croire que dans la paralysie générale les lésions ne font jamais défaut, c'est le témoignage d'un des plus éminents aliénistes de notre époque; M. Calmeil, ayant étudié les cerveaux des paralytiques à tous les degrés de l'affection, les a trouvés constamment le siège d'altérations visibles à l'œil nu ou par l'examen histologique. Aussi, pour l'observateur dont

(1) Années 1853 et 1857.

(2) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. 1<sup>er</sup>, p. 262.

j'invoque le témoignage, l'affection que je vais décrire est considérée comme étant une périencéphalite chronique diffuse.

**Symtômes. Marche.** — La paralysie progressive peut survenir d'emblée ou bien être précédée de vertiges, de céphalalgie et d'accidents divers de congestion cérébrale : on remarque des changements de caractère, d'habitudes, que rien n'explique. Beaucoup d'hommes deviennent plus ou moins impuissants. Chez quelques autres, par contre, il y a une excitation insolite du sens génésique. Chez beaucoup on remarque un besoin de mouvement, d'action; il y a les preuves aussi d'une vive excitation intellectuelle, les individus ont mille projets, mais il est facile de constater déjà que les facultés et la mémoire surtout sont très-déprimées. C'est alors qu'éclate souvent un délire ambitieux dont je parlerai plus tard. Chez d'autres, c'est plutôt un délire mélancolique, les individus sont tristes, ruinés, malheureux, ou bien éclate une hypochondrie caractérisée par les préoccupations les plus bizarres sur la santé. Cependant le premier trouble qui éveille le plus communément l'attention, consiste dans un embarras de la parole parfois continu, ne se révélant ailleurs que de loin en loin. Chez d'autres, l'affaiblissement commence par les membres supérieurs ou bien par les membres inférieurs : les individus titubent, ils ont une démarche comme s'ils étaient en état d'ébriété; ils sont moins habiles de leurs mains; leur écriture, inégale, tremblée, est méconnaissable, elle devient de plus en plus illisible. Ces individus accusent parfois de l'engourdissement, du froid dans les membres; ce n'est que plus ou moins longtemps après, que la parole s'embarrasse et que les malades bégayent. D'après M. Baillarger, un des premiers signes de la paralysie progressive serait une dilatation inégale des deux pupilles; mais suivant M. Lasègue, ce caractère ne se rencontrerait guère que dans le tiers des cas. Ces espèces de prodromes, ou plutôt ces caractères plus ou moins incertains de la maladie se dessinent de mieux en mieux; puis après un temps plus ou moins long, après des alternatives plus ou moins répétées en bien et en mal, la paralysie s'étend, elle se généralise. La démarche devient de plus en plus vacillante, les chutes sont fréquentes; le corps s'incline d'un côté ou se penche en avant, les mains saisissent mal les objets, et la sensibilité tactile est moins parfaite. Souvent l'urine est difficilement excrétée, ou bien il existe une incontinence. Les matières fécales, retenues d'abord, s'échappent ensuite involontairement; chez la plupart des hommes l'impuissance est complète. A part la sensibilité tactile que nous avons vu souvent être atteinte, on peut dire que la plupart des sens sont intacts, excepté pourtant à la période ultime de l'affection, où toutes les sensations, de quelque nature qu'elles soient, deviennent obtuses. Les malades dont nous parlons sont sans fièvre, à moins de certaines complications inflammatoires; la respiration se fait normalement, l'appétit est conservé, les digestions sont régulières.

Au milieu des troubles fonctionnels que nous venons de passer en revue, l'intelligence, que devient-elle? Dans nos hôpitaux d'adultes nous voyons des paralytiques généraux, chez lesquels prédominent les troubles de la motilité et dont les facultés intellectuelles semblent intactes. Cependant, si l'on vit avec eux, ou si on les fréquente souvent, on ne tarde pas à constater des changements dans leur état mental; la mémoire surtout est moins sûre et leur caractère change; de doux, de sociables, ils deviennent violents, etc. Toujours les facultés s'altèrent plus ou moins, depuis la simple diminution de la mémoire et une aptitude un peu moindre aux travaux de l'esprit, qu'on constate dès le début, jusqu'à l'anéantissement aussi complet des facultés qu'il l'est dans la démence. Beaucoup sont exempts de délire, et cela pendant une ou plusieurs an-

nées. Cependant un grand nombre divagent dès le début, soit que le trouble intellectuel ait été primitif; soit, comme le veut M. Parchappe, que la lésion du mouvement et celle de l'intelligence arrivent à peu près simultanément; soit, comme le prétendent encore MM. Baillarger et Lunier, que les accidents paralytiques précèdent les désordres cérébraux. Dans la plupart des cas, le délire est ambitieux : tous les malades ne croient pas pourtant être riches ou puissants, mais il y a chez presque tous une exagération du *moi* fort digne d'être notée : c'est ainsi que beaucoup croient être d'une santé parfaite, d'une force herculéenne, d'une aptitude au travail peu commune. Ceux qui ne sont pas aliénés éprouvent néanmoins une modification dans leurs aptitudes, dans leurs goûts et dans leurs penchants. Ils ont des absences, les uns deviennent violents, d'autres n'ont plus de volonté; ils sont indifférents à tout, ou bien ils sont d'une sensibilité féminine.

La paralysie progressive a une marche en général continue. Cependant elle présente fréquemment, presque d'un jour à l'autre, des alternatives; elle a des temps d'arrêt plus ou moins longs, des améliorations parfois assez notables pour faire croire à une guérison prochaine, pour permettre aux individus de vivre dans le monde et d'y remplir leurs devoirs et même certaines fonctions publiques, puis une aggravation subite et que rien n'explique survient. C'est ainsi qu'on voit parfois chez ces individus éclater tout à coup un délire maniaque qui force à les séquestrer aussitôt.

A toutes les périodes on constate plus ou moins souvent des symptômes de congestion cérébrale à formes variées; la plupart tombent dans le coma, d'autres sont pris de délire, quelques-uns sont momentanément hémiplegiques, il en est qui ont des convulsions épileptiformes. Ces accidents qui surviennent et qui se multiplient plus ou moins dans le cours de la maladie peuvent exister dès le début et constituer en quelque sorte les phénomènes initiaux de la paralysie générale.

Les accidents paralytiques irréguliers, intermittents parfois au début, deviennent permanents, les muscles sont alors en résolution plus ou moins complète; dans quelques cas rares il en est qui sont contracturés. Cette contracture, qui apparaît à une époque variable dans la maladie, n'est presque jamais permanente; elle revient plus ou moins souvent, et elle persiste pendant un temps plus ou moins long. Si les mouvements perdent de plus en plus de leur énergie et de leur régularité, jamais peut-être ils ne cessent d'une manière absolue. Cependant beaucoup de ces malheureux finissent par ne pouvoir plus se tenir debout; leurs mains sont inhabiles à saisir le moindre objet, et l'on est obligé de leur porter les aliments jusque dans la bouche; il est des cas même où l'on doit se servir de la sonde œsophagienne parce que la paralysie a gagné le pharynx lui-même. La sensibilité s'éteint alors de plus en plus; les idées sont nulles, la parole est inintelligible, l'urine et les fèces ne sont plus retenues; il y a un état habituel de somnolence. C'est avec ce cortège de symptômes que les individus succombent. Les uns s'éteignent sans que la mort puisse s'expliquer; la plupart meurent par suite de quelques complications, notamment par une pneumonie qui prend aussitôt le caractère adynamique; par une diarrhée qui épuise rapidement les forces; par un érysipèle ou par suite des eschares qui se forment au sacrum; quelques-uns enfin, surtout parmi les déments paralytiques, sont violemment emportés par des convulsions épileptiques. Chose remarquable, ces individus ne meurent jamais comme beaucoup d'autres qui, atteints de paralysie ascendante, périssent asphyxiés lorsque l'affection a gagné les muscles respiratoires.

J'ai supposé, dans la description qui précède, que la paralysie, locale d'abord, envahissait progressivement toutes les parties du corps. Telle n'est pas la pensée de M. Jules Falret, auteur d'une excellente thèse : il dit qu'il n'est pas possible de préciser le point du corps par lequel la paralysie débute, qu'elle paraît être d'emblée générale, et qu'elle est seulement plus appréciable dans certaines parties destinées à exécuter des actes plus délicats ; que la paralysie, par conséquent, ne serait pas progressive en s'étendant d'un lieu dans un autre, mais parce que, commençant d'une manière insensible dans toutes les parties du corps à la fois, elle augmenterait progressivement d'intensité, n'arrivant jamais au point d'être complète, absolue : c'est là, en effet, comme je l'ai dit plus haut, un caractère remarquable de cette paralysie. On a reconnu aussi qu'à toutes les périodes de l'affection les muscles conservaieut leur contractilité électrique.

**Terminaisons.** — Il est douteux qu'on ait jamais guéri une paralysie progressive. La maladie peut être parfois enrayée dans son cours, mais les malades conservent toujours un certain degré de faiblesse ou de roideur, et tôt ou tard les accidents qu'on croyait conjurés reprennent leur marche ascendante.

**Durée.** — La paralysie progressive est une affection essentiellement chronique et d'une durée presque toujours longue et indéterminée. On dit l'avoir vue se juger en quelques semaines chez les aliénés. Elle peut avoir une marche subaiguë, il existe alors de fréquentes congestions cérébrales. M. Calmeil a fixé sa durée moyenne à treize mois, Bayle à dix, M. Parchappe à un peu plus d'un an. Cette durée pourtant paraît être beaucoup plus longue pour la paralysie progressive qui ne se complique pas d'aliénation mentale.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la paralysie générale est communément facile. On soupçonnera cette affection lorsqu'on verra survenir de temps en temps un embarras de la parole, ou du bégayement et une inégalité des deux pupilles. Lorsque plus tard, à ce phénomène devenu ou non permanent, il se joint une démarche chancelante, lorsque les individus sont impuissants, et s'ils ne délirent pas encore, lorsque leurs facultés intellectuelles et la mémoire surtout auront éprouvé une dépression plus ou moins grande, lorsqu'ils auront moins d'aptitude pour les travaux du corps comme pour ceux de l'esprit, il ne sera pas possible de méconnaître l'affection. L'hémorrhagie cérébrale et même le ramollissement ne peuvent pas simuler la paralysie générale, toutes les fois qu'il y a hémiplegie, obtusion des facultés sans délire proprement dit. Cependant il est vrai de dire qu'à une période avancée de ces affections, la paralysie se généralise parfois, et que l'on peut voir survenir un délire plus ou moins analogue à celui qu'on rencontre communément dans la paralysie générale. Dans ce cas, on ne peut être éclairé que par la marche de l'affection. Les tumeurs intra-crâniennes peuvent bien aussi produire quelques accidents analogues à ceux de la paralysie progressive, cependant il y a communément alors une céphalalgie violente, de l'hémiplegie, des troubles des sens, des mouvements convulsifs épileptiformes ; au milieu de ces désordres, l'intelligence peut rester nette ; le plus souvent elle n'est qu'obtuse, et cela pendant presque toute la durée de la maladie.

L'atrophie musculaire progressive, que nous décrirons dans le tome II, ne ressemble en rien à la paralysie générale ; car la première est essentiellement caractérisée par l'atrophie de la fibre musculaire, qui agit et se contracte jusqu'à ce qu'elle ait été transformée ou détruite. De plus, la destruction se fait inégalement, en quelque sorte capricieusement ; de sorte que dans le même membre, à côté d'un muscle détruit, se trouve un muscle que la maladie a respecté. Dans la paralysie progressive, au contraire, la nutrition du muscle

persiste, et si le malade tombe dans le marasme, on voit l'atrophie frapper en masse tout le système musculaire.

Je n'établis aucune distinction entre la paralysie progressive qu'on observe dans les hôpitaux ordinaires et celle qui règne dans les établissements d'aliénés. C'est, en effet, dans l'un et l'autre cas la même affection. Ce sont les mêmes accidents paralytiques, ils suivent exactement la même marche ; seuls les troubles intellectuels diffèrent plus ou moins. Ils peuvent, dit-on, manquer. Je crois qu'il n'en est rien, et qu'en interrogeant les individus avec soin, on constatera aisément chez tous une obtusion plus ou moins grande des facultés, parfois certaines aberrations ; et puis enfin ces individus, que tous considéreraient comme raisonnables et suffisamment intelligents, se livrent tôt ou tard à des actes de fureur, à des excentricités qui forcent à les enfermer ; le plus souvent, au lieu de cette excitation, leurs facultés s'éteignent et ils arrivent à cette dégradation qui caractérise la démence.

**Pronostic.** — Il est excessivement grave, car tout porte à penser que l'affection est incurable. La paralysie qui se complique d'aliénation est, toutes choses égales d'ailleurs, plus fâcheuse que la paralysie simple ; celle qui a une marche continue est plus grave, et elle a une durée plus courte que celle qui offre des alternatives, des suspensions plus ou moins longues.

**Étiologie.** — Les causes qui donnent lieu à la paralysie progressive sont extrêmement obscures. On peut dire que c'est une affection de la période moyenne de la vie. Dans les maisons d'aliénés, la maladie atteint beaucoup plus souvent les hommes que les femmes, et elle est plus commune chez les individus vigoureux. Les personnes de la classe aisée y sont aussi plus sujettes que celles appartenant à la classe pauvre. L'affection semble quelquefois produite par l'abus du tabac et des liqueurs fortes ; les excès vénériens, les fatigues excessives ont peut-être le même effet, toutefois nous ne savons encore rien de précis à cet égard.

La paralysie générale est assez souvent consécutive à une hémorrhagie ou à un ramollissement du cerveau. Les pellagresux présentent souvent aussi les symptômes de la paralysie générale.

**Traitement.** — Le traitement de la paralysie progressive est difficile à tracer. Les indications, en effet, sont peu précises ; en général on n'a à combattre que des accidents et des complications. Ainsi, aux congestions qui se déclarent fréquemment vers l'encéphale, surtout chez les déments paralytiques, on opposera quelques sangsues à l'anus ou derrière les oreilles, ainsi que des révulsifs sur la peau et sur le tube digestif. Il ne faut recourir à la saignée générale qu'avec une extrême prudence, car il est reconnu qu'elle aggrave plutôt la paralysie qu'elle ne l'arrête dans sa marche.

S'il existe des souffrances vives, des contractures douloureuses, on aura recours à des bains tièdes, à des embrocations calmantes, et l'on donnera à l'intérieur des sédatifs et des antispasmodiques ; mais il est bon d'être averti que ces remèdes sont rarement efficaces.

Les exutoires promenés le long du dos ou à la nuque, les cautérisations transcurrentes, n'ont guère produit d'amélioration durable ; il en est de même des bains sulfureux, des bains de mer et des eaux thermales prises en bains et en douches. L'électricité a été également employée sans avantage marqué pour les malades.

## DE LA MYÉLITE

Le mot *myélite* sert à désigner l'inflammation du tissu de la moelle épinière.

**Historique.** — On a voulu faire remonter jusqu'à Hippocrate la connaissance de la myélite; mais rien de précis sur cette affection n'a été dit par le père de la médecine. Ce n'est que depuis un demi-siècle que l'histoire de la myélite a été positivement tracée par Hafner d'abord (1), par Heer (2), par Barbaroux (3), par Harless, qui paraît lui avoir donné son nom (4). Mais à cette époque la myélite était mal distinguée de la méningite et de quelques autres affections; on trouve cette confusion jusque dans Jos. Frank (5). Ollivier, un des premiers, a tracé une description convenable de la myélite (6); M. Calmeil a marché sur ses traces (7), et l'on trouvera en outre dans un mémoire de M. Hulin (8), et surtout dans le beau livre de mon ami M. Longet, sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, des matériaux précieux pour élucider divers points obscurs de la myélite et des autres maladies de la moelle.

**Anatomie pathologique.** — Ce que nous avons dit des lésions caractérisant l'encéphalite s'applique également à la myélite: seulement, comme dans celle-ci les altérations suivent une marche beaucoup plus rapide que dans le cerveau, il s'ensuit qu'on trouve rarement sur le cadavre une myélite caractérisée seulement par l'injection, par la rougeur, par l'induration du tissu. Dans tous les cas, en effet, la pulpe nerveuse est ramollie, diffuse, et le ramollissement peut présenter les colorations rouge, jaune, verte et blanche, que nous avons déjà rencontrées dans le cerveau. Des collections purulentes s'y observent beaucoup plus rarement que dans ce dernier, elles ont toujours un très-petit volume. Comme pour le cerveau, les ramollissements rouges, jaunes, verdâtres et blancs avec infiltration purulente, devront seuls caractériser un travail inflammatoire. Quoi qu'il en soit, ces ramollissements s'accompagnent toujours d'une augmentation dans le volume de la moelle au niveau des parties altérées. Il est rare que la lésion occupe plus de la moitié du cordon rachidien; ordinairement même elle est limitée à une seule région: ainsi la portion dorsale est le plus souvent atteinte; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les portions cervicale et lombaire. Le ramollissement commence presque toujours par la substance grise centrale, plus rarement par la périphérie, à moins que la myélite ne soit consécutive à l'arachnitis. Le ramollissement peut occuper toute l'épaisseur de la moelle, ou bien être borné à une des moitiés latérales, ou bien enfin être inégalement marqué à la face antérieure ou à la face postérieure. Dans le premier cas, le tissu nerveux peut être réduit en une sorte de débris purulent, de sorte qu'il y a réellement interruption complète entre les parties supérieure et inférieure du cordon rachidien.

Lorsque la moelle est ainsi, dans une partie de son étendue, convertie en une sorte de bouillie demi-liquide, on peut reconnaître cet état, avant même de fendre les membranes, à une mollesse, ou plutôt à une fluctuation véritable qu'on perçoit à ce niveau. On a coutume de considérer surtout comme des indices d'une inflammation chronique, l'induration de la moelle, avec ou sans hypertrophie, et avec une coloration brune ou ardoisée de son tissu. Ce cordon

(1) *Dissertatio inauguralis de medullæ spinalis inflammatione.* Marbourg, 1799.

(2) *Dissert. de inflamm. medullæ spinalis.* Erlangen, 1814.

(3) *Dissert. de medullæ spinalis inflammatione.* Turin, 1818.

(4) *Dissertatio de myelitis.* Erlangen, 1814.

(5) *Præceps medicæ universa præcepta*, 1822, t. VI, p. 74.

(6) *Traité des maladies de la moelle*, t. II, p. 302, 3<sup>e</sup> édit.

(7) *Dictionnaire de médecine*, t. XX.

(8) *Bibliothèque médicale*, année 1828.

nerveux peut acquérir alors la consistance de l'albumine durcie. Beaucoup regardent la myélite chronique comme anatomiquement constituée par un ramollissement blanc; mais nous verrons plus tard que cette lésion ne reconnaît pas une origine inflammatoire (voyez dans le tome II, l'article *Ramollissement de la moelle*). Jusqu'à présent donc il est absolument impossible de déterminer avec précision les altérations qui peuvent caractériser la myélite chronique.

**Symptômes. Marche.** — La myélite paraît débiter ordinairement sans prodromes, et par des symptômes tout à fait locaux. La plupart des malades éprouvent de l'engourdissement, des fourmillements, des crampes dans les membres inférieurs, et quelquefois aussi dans les membres thoraciques, suivant la hauteur à laquelle l'altération remonte. On a prétendu aussi qu'il y avait souvent des érections; c'est un signe que nous n'avons jamais constaté. Quoi qu'il en soit, les mouvements sont toujours très-difficiles, embarrassés, roides et incertains; quelquefois il existe en outre de temps en temps des secousses convulsives. Beaucoup de ces malades éprouvent une douleur fixe dans un point du rachis. Cette douleur peut être constante; le plus souvent elle n'est ressentie que par la pression ou par la percussion médiante qu'on exerce sur les apophyses épineuses correspondantes, ou bien encore lorsque les malades sont couchés sur le dos. Quelquefois enfin on la provoque en promenant une éponge imprégnée d'eau, ou très-chaude ou très-froide, sur toute la longueur du rachis, ce qui excite vis-à-vis de la région affectée une sensation de brûlure, tandis que partout ailleurs le malade ne ressent que l'impression ordinaire du chaud ou du froid. Indépendamment de cette douleur locale, qui indique à quelle hauteur la moelle est altérée, il en existe souvent d'autres, qui tantôt semblent une irradiation de la précédente, mais qui souvent aussi en sont indépendantes. Ces douleurs occupent les membres inférieurs; elles suivent parfois le trajet des nerfs sciatiques, ou bien elles sont disséminées dans tout le membre, et retentissent spécialement dans une de ses parties, à la plante des pieds par exemple. Des douleurs plus fréquentes encore sont celles que beaucoup de malades accusent en travers du corps, et qui semblent siéger dans les branches des nerfs intercostaux. Cependant bientôt la paralysie survient; presque toujours commençant par les membres inférieurs, elle s'étend de bas en haut, et affecte presque toujours simultanément le sentiment et le mouvement, mais à des degrés fort différents; la perte du mouvement existe parfois sans altération dans la sensibilité; le contraire a lieu très-rarement. En même temps l'urine cesse d'être excrétée, ou bien elle sort involontairement; les matières fécales peuvent être en général retenues lorsqu'elles sont solides, mais, pour peu qu'elles soient liquides, elles s'échappent malgré la volonté du malade, ou sans que celui-ci en ait la conscience; il en est de même des gaz.

L'étendue de la paralysie varie suivant la hauteur à laquelle siège l'altération de la moelle. Si la myélite occupe les régions dorsale et lombaire, les membres inférieurs, la vessie et le rectum, sont seuls affectés; mais lorsque l'altération gagne la portion cervicale, des accidents plus graves ont lieu. La lésion siège-t-elle vers la vertèbre proéminente, les muscles intercostaux cesseront d'agir et la dilatation de la poitrine ne se fera plus que par l'action du diaphragme; cependant le thorax est encore soulevé par les muscles qui agissent dans les respirations difficiles, c'est-à-dire par les scalènes, les grands et les petits pectoraux, par les grands dentelés, par les trapèzes et les sterno-mastoïdiens qui reçoivent leurs nerfs des plexus brachial et cervical, ainsi que du spinal. Aussi dans ces cas la respiration est courte, pénible, et un grand nombre de ces malades succombent avec les symptômes d'une asphyxie lente. La lésion s'élève