

maladie. En cas de myélite cervicale, les réflexes tendineux sont parfois aussi considérablement exagérés dans les extrémités supérieures.

Nous avons exposé à la page 63 et suivantes ce qu'il y a d'essentiel sur les divers modes d'exagération des réflexes tendineux, sur l'excitabilité du réflexe rotulien, sur le phénomène du pied, le réflexe périostique, etc. Nous décrivons en détail au chapitre de « la *paralysie spinale spastique* » (v. y.) le caractère particulier que revêt la paralysie des jambes, par suite de l'exagération notable des réflexes tendineux qui l'accompagne.

6. **Troubles du côté de la vessie et du rectum.** Les troubles dans l'émission de l'urine sont compris parmi les symptômes les plus fréquents de la myélite. D'abord la *miction* devient *plus laborieuse*. En commençant à uriner, les malades doivent presser davantage et attendre plus longtemps. Enfin il peut se produire une *réten-tion* complète (paralysie du plan musculaire de la vessie ou *muscle évacuateur de l'urine*). Dans les phases les plus avancées de la maladie, le *sphincter vésical* se paralyse d'ordinaire et il en résulte de l'*incontinence d'urine*. Les troubles vésicaux ne fournissent aucun indice servant à localiser la myélite, attendu qu'ils peuvent se présenter à quelque hauteur que siège l'affection. Nous croyons cependant être en droit d'affirmer qu'ils impliquent toujours que les *cordons postérieurs* sont intéressés dans la maladie.

La signification clinique des troubles vésicaux dans la myélite (et dans beaucoup d'autres affections de la moelle) consiste, abstraction faite des malaises et des graves désagréments qu'ils occasionnent, en ce que très fréquemment et presque constamment, quand le cas est sérieux, ils donnent naissance à la *cystite*. S'il existe de la rétention d'urine c'est l'emploi indispensable du cathéter qui, malgré tous les moyens aseptiques, introduit dans la vessie des agents inflammatoires qui donnent lieu à la décomposition de l'urine et à la cystite. S'il existe en même temps de l'incontinence, c'est l'occlusion défectueuse du sphincter et la présence incessante dans le canal de l'urètre d'une urine croupissante et corrompue, qui est cause du passage de ferments phlogogènes dans le réservoir vésical. Dès que la cystite est constituée, il s'y adjoint en certaines circonstances une *pyélite* et une *pyélo-néphrite purulente* (v. y.), états morbides qui deviennent souvent, par les conséquences qu'ils entraînent (fièvre, parfois accompagnée de frissons, affaiblissement et amaigrissement général), la cause immédiate de la mort de beaucoup de personnes atteintes d'affections myéliques.

La *dé-fécation* est également troublée dans beaucoup de myélites. Au début il y a d'ordinaire de la constipation qui dépend, soit d'un affaiblissement des mouvements péristaltiques de l'intestin, soit d'une parésie de la

presse abdominale. Parfois le retard des selles peut être tellement considérable, que les évacuations ne se font plus qu'à des intervalles d'une à deux semaines. En beaucoup de cas graves, la paralysie du sphincter anal finit par occasionner une *incontinence de matières fécales*. On ne peut rien affirmer de précis sur la localisation des voies nerveuses qui, dans la moelle, président à l'évacuation des fèces.

Il faut remarquer encore qu'en cas d'exagération de l'excitabilité réflexe, l'émission des urines et des matières alvines est parfois anormalement activée *par voie réflexe*. L'irritation de la surface cutanée à la cuisse, au périnée, à la région fessière, etc. provoque quelquefois une contraction involontaire de la vessie accompagnée d'écoulement d'urine.

Mentionnons enfin en passant qu'en de nombreux cas de myélite, les *fonctions génitales* sont à leur tour considérablement troublées et à la fin totalement éteintes. Les branches nerveuses qui entrent en jeu en ces circonstances sont probablement situées en majeure partie dans la *partie supérieure de la moelle lombaire*, cependant leur emplacement précis (cordons postérieurs?) nous est encore inconnu.

7. **Troubles trophiques.** L'état trophique des muscles paralysés fournit au diagnostic des éléments de la plus haute importance. Dans la myélite cervicale et dorsale, les centres trophiques des muscles des extrémités inférieures, lesquels occupent la moelle lombaire, restent intacts. Dès lors ces muscles plus ou moins paralysés conservent en réalité leur volume normal et avant tout leur *contractilité électrique normale*. Il est vrai que, dans ces conditions, ils sont parfois plus flasques et moins épais que dans l'état ordinaire; cela tient en partie à un manque de nutrition, peut-être aussi au défaut de mouvement (*atrophie par inactivité*). C'est par exception qu'on rencontre de l'*atrophie musculaire plus prononcée*, mais elle est d'origine commune, nullement de nature dégénérative et par conséquent *sans réaction de dégénérescence*. Si toutefois on constate en cas d'affection myélique, une véritable *atrophie dégénérative avec réaction de dégénérescence* dans les muscles des membres *inférieurs*, on est en droit de conclure positivement à une altération concomitante des *colonnes grises antérieures* et des fibres radiculaires antérieures de la *moelle lombaire* (v. p. 53). De la même manière l'*atrophie dégénérative avec réaction de dégénérescence* dans les muscles des membres *thoraciques*, dénote un état morbide de la *substance grise antérieure de la moelle cervicale*.

Les *altérations trophiques de la peau* sont également assez fréquentes, mais ne possèdent pas de signification diagnostique certaine. Souvent la peau est sèche et écaillée, l'épiderme se desquame, les ongles sont

BIBLIOTECA
FARMACIA

MUSEO
MUSEO

épaissis et cassants. Par exception se produisent des éruptions d'herpès, d'urticaire, etc. Des *troubles vasomoteurs* se rencontrent également. Parfois les membres en résolution présentent une rougeur plaquée, cyanotique et sont froids au toucher. Il est plus fréquent de voir des *œdèmes* légers aux parties paralysées. La *secrétion sudorale* est quelquefois troublée. Tantôt elle est supprimée, tantôt elle est beaucoup plus active, au point que les parties résolues sont dans un état de perpétuelle moiteur. Tous ces symptômes ne peuvent pas encore être utilisés à cette heure pour fixer le diagnostic topographique.

L'apparition du *décubitus*, fréquente à la région du sacrum et aux fesses, plus rare aux pieds et à la partie interne des genoux, est d'une grande importance pratique. Quoique des influences d'ordre trophique et vasomoteur jouent un rôle dans la production des eschares, la cause de ces dernières doit pourtant en dernière analyse être *toujours* recherchée dans des circonstances extrinsèques (pression, malpropreté, etc.). Plus les soins donnés aux malades laissent à désirer, plus le *décubitus* est prompt à s'établir. Chez le malade complètement paralysé et anesthésié qui laisse tout aller sous lui, il n'y a à la longue parfois plus moyen, même au prix de l'attention la plus scrupuleuse, de l'éviter complètement. Les ravages que le *décubitus* exerce sont parfois effroyables. Le sacrum peut se dénuder dans une vaste étendue, après que le périoste et les parties molles qui le recouvrent sont tombés en sphacèle.

8. La plupart des cas de myélite transverse sont entièrement exempts de troubles dans le domaine des nerfs crâniens. Le processus, s'il s'agit de la myélite cervicale, peut quelquefois se propager petit à petit dans le sens de la hauteur et donner lieu à des *symptômes bulbaires*. On remarque encore dans la myélite cervicale des *modifications de la pupille* (*inégalité, myosis spinal*), enfin on a rencontré parfois la myélite se combinant avec la *névrite optique*.

Formes particulières de la myélite, marche morbide et diagnostic. Le tableau morbide de la myélite transverse se compose dans son ensemble des divers symptômes que nous venons de décrire et qui s'associent en formant les combinaisons les plus variées. Le plus souvent on n'aura pas de peine à fixer approximativement le siège et l'étendue de la maladie. En résumant encore une fois les symptômes principaux des différentes formes de myélite, nous obtenons :

Myélite cervicale : Paraplégie des membres inférieurs combinée avec des troubles de la motilité plus ou moins étendus des membres supérieurs, éventuellement des troubles de la sensibilité de même étendue. Quelquefois

atrophie de quelques régions musculaires des bras. Système musculaire des membres abdominaux pas sensiblement atrophié. Exagération des réflexes tendineux et symptômes spastiques dans les jambes, parfois aussi dans les bras. Réflexes cutanés maintenus aux jambes, quelquefois même exagérés. Troubles du côté de la vessie et du rectum. Parfois modification des pupilles.

Myélite dorsale : Extrémités supérieures libres. Paraplégie de la motilité et parfois de la sensibilité des extrémités inférieures sans atrophie dégénérative. Réflexes tendineux exaltés (particulièrement dans la myélite de la partie supérieure de la moelle dorsale), réflexes cutanés maintenus (rarement exagérés). Troubles de la vessie et du rectum.

Myélite lombaire : Extrémités supérieures libres. Paraplégie des extrémités inférieures portant sur la motilité et quelquefois sur la sensibilité. Réflexes cutanés et tendineux affaiblis ou éteints dans les jambes. Dans certaines conditions, atrophie musculaire dégénérative avec réaction de dégénérescence. Paralysie de la vessie et du rectum.

La *marche d'ensemble* de la myélite est presque toujours chronique. Nous tenons pour impossible, comme nous l'avons dit, d'établir une division nette entre la *myélite aiguë* et la *myélite chronique*. Il est vrai que beaucoup de cas *débutent avec des allures assez brusques*, de manière qu'il suffit de peu de semaines pour amener des symptômes spinaux graves. Ces cas pourraient à la rigueur s'appeler aigus. Leur marche ultérieure n'en est pas moins toujours chronique. Ce n'est que dans quelques circonstances insolites que les phénomènes morbides se déclarent brusquement et marchant avec précipitation, conduisent en peu de temps à la mort. L'autopsie vient alors démontrer qu'il s'agit d'une inflammation myélique aiguë, essentielle et quelquefois disposée en foyers. Il arrive aussi que les graves symptômes du début rétrocedent en partie après un certain temps. Alors survit un état morbide *stationnaire* de la moelle, plus ou moins grave et nettement prononcé. Cela étant, la myélite aiguë est parvenue à la guérison pour son propre compte ; mais la cicatrisation qui s'est produite (sclérose) rend raison des symptômes qui demeurent. De nombreux cas commencent d'emblée d'une manière très lente et n'aboutissent à une paraplégie complète qu'après plusieurs années de durée.

La *myélite chronique* véritable commence d'emblée d'une façon insidieuse et ne conduit parfois qu'après de longues années à la paraplégie complète. La maladie commence en général par des symptômes du côté de la motilité, tantôt dans une jambe, tantôt dans les deux à la fois. La parésie s'étend de plus en plus, des manifestations spastiques se produisent, puis des symp-

tômes d'irritation de la sensibilité (formication), des troubles urinaires, etc. La sensibilité est parfois un peu émoussée de bonne heure, mais se maintient presque toujours plus longtemps que la motilité. Ce n'est que dans la période ultime qu'on voit l'anesthésie devenir complète. La *durée totale* de la maladie est rarement de moins d'une année, souvent elle s'étend à deux et à trois ans et au delà encore. Il n'est pas rare d'observer des rémissions, des haltes apparentes et des améliorations, de même que des aggravations subites. La *guérison* n'est pas impossible, mais en tout cas elle est rare. Nous ne connaissons aucun cas de guérison où le diagnostic était assis sur une base certaine. Les prétendues guérisons qu'on signale sont d'ordinaire des paralysies par compression, des névrites multiples, des poliomyélites, etc. La *mort* arrive par l'affaiblissement général qui finit par se déclarer, comme suite de la cystite et de la pyélonéphrite qui se combinent quelquefois avec des états pyémiques, puis à raison de l'étendue des eschares ou de toute autre complication terminale (tuberculose, affections aiguës).

Le *diagnostic de la myélite diffuse transversale* se déduit toujours de l'analyse de l'appareil symptomatique que revêt chaque cas en particulier. L'examen attentif de la colonne vertébrale et l'étude de la marche morbide serviront à exclure le soupçon d'une compression de la moelle. On doit s'assurer en outre que les symptômes morbides existants ne correspondent pas à un type nosologique déterminé ou à une maladie systématique, et qu'ils ne s'adaptent qu'au concept d'une affection à extension diffuse, occupant un endroit de la moelle à préciser plus exactement par l'appréciation des symptômes. Le second point consistant à savoir si cette affection diffuse est une myélite, ne peut presque jamais être résolu avec une certitude absolue, attendu que les néoplasies diffuses et les vacuités qui se forment dans la moelle, provoquent des symptômes exactement semblables. Ici il n'y a que l'ensemble de l'évolution morbide et le coup d'œil pénétrant du médecin qui puissent décider. Il ne nous est pas encore donné non plus de *formuler avec certitude* le diagnostic différentiel entre la myélite diffuse et certaines *combinaisons de maladies des divers cordons ou maladies systématiques de la moelle* (v. plus loin).

Traitement. Quoique nos moyens thérapeutiques puissent rarement prétendre à un succès durable et complet, le traitement peut néanmoins en beaucoup de cas réaliser une amélioration de l'état morbide et retarder la terminaison fatale.

Nous pouvons tenter de remplir l'*indication causale* quand le commémoratif ou l'examen du malade révèlent l'existence de la *syphilis*. Même quand la corrélation entre la vérole et la myélite n'est pas certaine, comme c'est

le plus souvent le cas, on doit toujours faire un essai à fond avec la *cure mercurielle par friction* (2,0 à 5,0 d'onguent gris par jour). En même temps on donnera 1,5 à 2,0 grm d'*iodure de potassium* par jour. Parfois ce traitement est suivi d'un amendement marqué ; dans d'autres cas cependant le résultat est incertain ou bien le malade en ressent un effet défavorable. Il faut alors y renoncer immédiatement.

Parmi les autres méthodes, celles qui sont le plus en faveur, sont : l'électricité, les bains et le traitement à l'eau froide. On donnera la préférence tantôt à l'une, tantôt à l'autre. Un changement de remède a pour effet d'entretenir la confiance et l'espoir du malade.

L'*électricité* procure fréquemment des améliorations. Toutefois ce n'est que par exception qu'elle opère des cures. Dans des cas graves et désespérés, elle constitue néanmoins le plus consolant de tous les remèdes. Le *courant constant* est celui qui possède le plus de vertu thérapeutique. A l'aide de grandes électrodes placées sur la colonne, on fait passer par la moelle pendant 3 à 5 minutes, surtout par l'endroit où est le siège présumé de la maladie, un courant de force moyenne, stable ou lentement labile. On prend d'ordinaire un *courant ascendant* et on fait agir alternativement l'un et l'autre pôle sur le point malade. Il faut éviter de renverser le courant ou de le faire trop fortement varier d'intensité. On combine avec cela la *galvanisation périphérique* et souvent aussi la *faradisation des muscles et des nerfs* des extrémités paralysées. Plusieurs symptômes réclament une attention spéciale (faradisation de la peau en cas d'anesthésie, galvanisation de la vessie en cas de paresse de cet organe, etc.). Les séances ont lieu tous les jours ou de jour à autre. Si l'on tient au succès, il faut poursuivre le traitement avec persévérance pendant des mois.

Le traitement de la myélite par les *bains*, quand il est conduit avec prudence, peut également être d'une utilité réelle. De simples bains, pris dans une baignoire ordinaire, comme on s'en sert dans tous les ménages, peuvent déjà rendre de grands services en certaines circonstances. La première règle, c'est de ne pas *trop chauffer* le bain (24° environ jusqu'à 29° R.), de ne pas, pour commencer, le prolonger au-delà de 10 à 15 minutes, ni le répéter plus de 3 à 4 fois par semaine. Si les bains sont bien supportés, on pourra les permettre tous les jours. On doit user de beaucoup de prudence, quand la maladie est à son début ou en voie de formation. Les bains chauds ordinaires ont les meilleurs effets dans la myélite chronique avec prédominance de symptômes spastiques. Alors leur durée peut même être prolongée (jusqu'à une heure et au-delà). Additionnés de substances médicamenteuses, ils agissent parfois plus efficacement encore que les bains simples. Les

bains salins se préparent en ajoutant à l'eau simple 5 à 10 livres de sel de cuisine, ou 4 à 6 livres de sel provenant des eaux-mères (ou 1 à 3 litres d'eau-mère). En conduisant de l'acide carbonique dans l'eau du bain à l'aide d'un tuyau percé de trous et placé au fond de la baignoire, on peut facilement installer un « *bain artificiel de Rehme* », comme on le faisait autrefois avec grand avantage dans la clinique de Leipzig.

Veut-on envoyer les malades de la classe aisée à une station thermale, les meilleures eaux à recommander sont les thermes salins riches en acide carbonique de *Rehme* et de *Nauheim*, puis les *bains de boue* (*Marienbad, Elster*), et les thermes de *Ragaz, Teplitz, Wildbad, Gastein, Wiesbaden*, etc.

On obtient parfois d'excellents résultats par l'*hydrothérapie* méthodique. Toutefois il faut éviter avec le plus grand soin tous les procédés un peu trop vifs (douches, fortes frictions, bains très froids) et n'employer que des demi-bains ou des bains entiers frais et de peu de durée, suivis de légères frictions froides. L'*hydrothérapie* se combine d'ordinaire avec le traitement électrique.

Les *remèdes internes* ne donnent que peu de succès, quoiqu'on ne puisse pas s'en passer dans la pratique. On prescrit le plus souvent l'*ergotine* et la *strychnine* (quelquefois par la voie sous-cutanée), l'*iodure de potassium* et le *nitrate d'argent*.

Le *traitement diététique général* et le *traitement symptomatique* sont de la plus grande importance. Si les premiers symptômes d'une affection spinale se montrent, il faut instamment conseiller aux malades les plus grands ménagements corporels et le repos de l'esprit. Le régime doit être fortifiant, mais de facile digestion. Les spiritueux en grande quantité, l'abus du tabac, le café fort, le thé, etc. doivent être déconseillés. Si les malades sont obligés de garder le lit, il faut donner la plus grande attention à leur couchage pour prévenir la formation des eschares. Dans les cas graves, surtout quand il y a des troubles de la sensibilité, un *coussin d'eau* est grandement à souhaiter. En outre, le malade doit être fréquemment changé de position et la région sacrée lavée et frictionnée souvent. Toute eschare à son début demande à être traitée avec le plus grand soin (onguent de baume de Pérou 1:30, poudre d'iodoforme), si l'on veut prévenir son extension. Quand le décubitus est très vaste, le *bain d'eau continu* est le meilleur remède.

S'il se produit de la *rétenion d'urine* et qu'il faille recourir au cathéter, il est indispensable d'employer les précautions les plus minutieuses en ce qui concerne la propreté et la désinfection de la sonde, sans cela en peu de jours on voit se développer la *cystite*. Si déjà elle existe, les lavages de la

vessie régulièrement pratiqués avec de l'acétate de plomb (1 : 1000) et des remèdes analogues, sont ce qu'il y a de meilleur dans les cas graves. Dans les cas légers, on pourra tenter le chlorate de potasse (3,0 à 5,0 *par jour*) à l'intérieur, les astringents ou les balsamiques. Si l'*incontinence* devient complète, on recommande de placer dans la vessie un *cathéter à demeure* : une sonde de Nelaton fixée à la cuisse à l'aide de bandelettes agglutinatives. L'urine s'écoule par la sonde molle et on évite par là que la peau et le linge soient constamment mouillés.

La *constipation* doit être combattue par les moyens ordinaires. Au commencement on se servira aussi peu que possible de purgatifs et on obviara à la rétention des selles par des remèdes de cuisine ou des lavements. S'il existe des *douleurs* violentes, les *injections sous-cutanées de morphine* sont de toute nécessité. On retardera tant qu'on pourra d'employer la morphine à l'intérieur, parce que dans des cas désespérés, on devra bien y recourir à des doses qu'on ne sait pas déterminer.

CHAPITRE CINQUIÈME.

SCLÉROSE MULTIPLE DU CERVEAU ET DE LA MOELLE.

(Sclérose en foyers disséminés. Sclérose en plaques.)

Étiologie et anatomie pathologique. La sclérose multiple des centres nerveux est une maladie chronique d'une forme particulière dont le substratum anatomique consiste dans le développement de « foyers scléreux » multiples, disséminés dans le cerveau et la moelle. Sur l'*étiologie* de cette affection nous savons aussi peu que rien. En effet, les refroidissements, les fatigues et les émotions morales qu'on donne souvent comme causes, sont des facteurs tout à fait incertains. On ignore encore si la *syphilis* joue un rôle dans l'étiologie de la sclérose multiple. P. MARIE affirme l'avoir vue survenir très fréquemment à la suite de *maladies infectieuses aiguës* (typhus, scarlatine et autres). Notre expérience personnelle ne nous permet pas d'en dire autant. En quelques cas il paraît qu'il existe une *prédisposition héréditaire*. La maladie se présente d'ordinaire dans le *jeune âge*, entre 18 et 35 ans, nous avons cependant nous-même observé un cas (suivi de nécropsie) chez un homme de 60 ans. Les *enfants* mêmes n'en sont pas exempts. Le *sex*e n'établit aucune différence appréciable.

Quant au développement des foyers scléreux en particulier, on ne possède à cette heure aucune donnée certaine sur leur pathogénie. Divers