

La présence de troubles manifestes de la sensibilité autorise à conclure avec certitude à une *affection des cordons postérieurs et surtout des cornes grises postérieures*. Ces dernières sont toujours atteintes quand l'anesthésie est considérable. Du reste, nos connaissances relatives à la marche des fibres sensibles dans la moelle sont encore très défectueuses (Comparez p. 12).

Les troubles de la sensibilité servent beaucoup à préciser à quelle hauteur l'affection siège dans l'axe spinal. Si l'on recherche sur le tronc la ligne au delà de laquelle la peau reprend sa sensibilité normale, on pourra placer au même niveau à peu près la limite supérieure de l'affection myélite, pour autant qu'elle intéresse la sensibilité. Dans la myélite lombaire, les troubles de la sensibilité atteignent la ligne du nombril ou un peu plus haut; dans la myélite dorsale inférieure, ils montent jusqu'à la partie inférieure du sternum, et dans la myélite dorsale supérieure, jusqu'à la hauteur du creux axillaire, tandis qu'en cas de myélite cervicale, les bras sont également atteints dans leur sensibilité. Toutefois il est très rare que les extrémités supérieures soient complètement anesthésiées.

5. Réflexes cutanés. L'*arc diastaltique*, comme on sait, est situé dans la moelle spinale à peu près au même niveau que la ligne d'immersion des nerfs sensibles et d'émergence des nerfs moteurs. En outre il est relié à des fibres venant de plus haut et auxquelles on attribue des propriétés *inhibitoires des réflexes*. Si par delà l'arc diastaltique des fibres entrent dans un état d'excitation, il en résulte que les réflexes sont plus difficiles à provoquer; si, au contraire, l'influx nerveux est interrompu dans ces fibres, l'excitabilité réflexe s'exagère, les réflexes naissent sous l'influence des plus faibles excitants et la contraction est plus violente. Si l'arc réflexe lui-même est rompu en un endroit quelconque, les réflexes sont abolis.

Les résultats fournis par l'examen du malade concordent en général avec ce schéma, qui dans la réalité se présente probablement sous des conditions plus compliquées. Ainsi, dans la myélite lombaire étendue, qui a pour effet d'intercepter la voie réflexe, les réflexes cutanés sont nécessairement affaiblis ou abolis dans les membres inférieurs. En ce cas la diminution de la sensibilité marche de pair à peu près avec l'affaiblissement des réflexes. Dans la myélite dorsale et cervicale au contraire, l'arc diastaltique reste intact au niveau de la moelle lombaire, nonobstant que la marche des impressions sensibles vers le cerveau puisse parfaitement être interrompue. Alors les réflexes cutanés sont maintenus malgré l'existence de l'anesthésie; ils peuvent même être vivement exagérés, quand la maladie a supprimé les influences inhibitoires des réflexes. Cependant les réflexes cutanés dans les jambes peuvent être affaiblis ou ralentis, quoique l'affection myélique siège à la partie inférieure de la moelle dorsale, et dans ces con-

ditions il faut admettre une diminution de l'excitabilité des fibres afférentes aux réflexes ou une excitation des fibres qui les inhibent. — Pour déterminer le siège de la myélite, la recherche du réflexe crémasterien et des réflexes des parois abdominales a souvent de l'importance. Si les voies de conduction de ces réflexes décrites plus haut sont interrompues, il s'ensuit nécessairement que ces réflexes doivent être abolis. Le réflexe crémasterien a son arc de réflexion à la hauteur à peu près du lieu d'émergence du premier nerf lombaire; quand la moelle est malade à ce niveau, ce réflexe doit conséquemment être supprimé en certaines circonstances. Parmi les *réflexes des parois abdominales*, le supérieur (épigastrique) a son segment d'incidence approximativement à la hauteur du 4^{me} au 7^{me} nerf dorsal, et le réflexe abdominal inférieur dans la partie inférieure de la moelle dorsale.

6. Réflexes tendineux. Les considérations qui servent de guide dans l'appréciation des réflexes cutanés, sont également applicables aux réflexes tendineux. Nous connaissons même avec assez d'approximation la situation de l'*arc réflexe patellaire* dans la moelle lombaire. Il se trouve à peu près au niveau de l'espace qui sépare l'émergence du 2^{me} de celle du 4^{me} nerf lombaire. Nous savons d'ailleurs que ce réflexe s'éclipse dès que la partie médiane des cordons postérieurs (v. le chapitre du tabes) ou les cornes antérieures de la substance grise sont malades dans une grande étendue. Le *réflexe du tendon d'Achille* (ou le clonisme du pied) a son arc de réflexion à la hauteur du dernier nerf lombaire et des premiers nerfs sacrés. Il fait constamment défaut dans les affections quelque peu étendues des cordons postérieurs et de la substance grise des parties correspondantes de la moelle lombaire, de façon que l'absence des réflexes tendineux aux membres inférieurs est, indépendamment des autres symptômes, un des caractères les plus importants pour le diagnostic de la *myélite lombaire*. Dans presque toutes les affections myélitiques situées *au-dessus* de la moelle lombaire, par conséquent dans la *myélite dorsale et cervicale*, il y a au contraire une *exagération* très vive des réflexes tendineux, par suite, ainsi que nous devons nous le figurer, du déficit des influences inhibitoires des réflexes. On a quelque motif de supposer que les fibres qui servent d'intermédiaires aux réflexes tendineux, cheminent surtout dans les *cordons latéraux* de la moelle (voies des pyramides), mais qu'elles ne s'identifient probablement pas avec les fibres de la voie pyramidale des cordons latéraux, qui président à la motilité volontaire (v. le chapitre de la paralysie spinale spastique). Nous pouvons en conséquence poser en loi, qu'étant donnée une exagération notable des réflexes tendineux dans les deux extrémités inférieures, le siège de la myélite doit être situé *au-dessus* de la moelle lombaire, donc dans la moelle dorsale et cervicale et que dans ces conditions nous devons

songer surtout à la participation des *cordons latéraux* à la maladie. En cas de myélite cervicale, les réflexes tendineux sont parfois aussi considérablement exagérés dans les extrémités supérieures.

Nous avons exposé à la page 67 et suivantes ce qu'il y a d'essentiel sur les divers modes d'exagération de réflexes tendineux, sur l'excitabilité du réflexe rotulien, sur le phénomène du pied, le réflexe périostique, etc. Nous décrirons 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 (paraplégie spastique).

7. **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 *rétention* 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 par l'emploi indispensable du cathéter qui, malgré tous les moyens antiseptiques, introduit dans la vessie des agents inflammatoires, que se produisent la décomposition de l'urine et 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 sont cause de l'entrée 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 *défecation* est également troublée dans beaucoup de myélites. Au début il y a d'ordinaire de la constipation qui dépend, soit d'un affaiblisse-

ment 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 localisation précise (cordons postérieurs?) nous est encore inconnue.

8. **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 au manque général 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. 60). 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

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 *sécrétion 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*, fréquent 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.

9. 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 bulbares*. 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*. Généralement les symptômes cérébraux concomitants comportent toujours une explication spéciale. Tantôt il s'agit de manifestations coordonnées de la même cause morbide (par ex. la syphilis), tantôt d'une sclérose multiple au lieu de la myélite transversale commune.

Formes particulières de la myélite. Myélite aiguë et chronique. 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 du moins le siège et l'étendue de la maladie. En résumant encore une fois d'après leur siège dans la moelle 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 et phénomènes spastiques prononcés aux jambes (particulièrement dans la myélite de la partie supérieure de la moelle dorsale), réflexes cutanés maintenus (parfois 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 supprimés dans les jambes. Dans certaines conditions, atrophie musculaire dégénérative aux jambes avec réaction de dégénérescence. Paralyse de la vessie et du rectum.

Après avoir partagé la myélite en ces différentes formes, en nous basant uniquement sur la différence du siège de la maladie et la distinction des symptômes qui en résulte, la question qui se présente c'est la division de la myélite en *aiguë* et *chronique*. Cette division découle simplement de l'observation de la marche morbide et de l'étude des données anamnestiques qui s'y rapportent. Cependant il est bon de remarquer que cette considération ne s'applique à proprement parler qu'au *premier stade* de la maladie, à la promptitude avec laquelle les phénomènes myélitiques commencent à se développer. Tandis qu'en beaucoup de cas les symptômes (parésies, paresthésies légères, etc.) débutent d'une manière quasi inaperçue et n'augmentent qu'avec lenteur (dans l'espace de plusieurs mois ou même d'années) jusqu'à production d'une paraplégie complète, il est d'autres circonstances dans lesquelles les manifestations du côté de la moelle se montrent très rapidement et aboutissent en très peu de temps (parfois déjà après quelques *jours* ou peu de *semaines*) aux paralysies les plus graves (paraplégie, paralyse vésicale, perte de la sensibilité, *décubitus* et ainsi de suite) de manière à conduire par une course ininterrompue (en 4 à 12 semaines) à la mort. Il est évident que les premiers cas seront qualifiés de *chroniques* et les derniers d'*aigus*. D'autre part on observe un *début aigu* de la maladie avec prompt développement d'une paraplégie plus ou moins complète, laquelle ensuite, après quelque temps, demeure tout à fait *stationnaire* ou du moins

ne se modifie que dans des proportions excessivement minimes. Des cas semblables doivent évidemment être rangés parmi les myélites aiguës, quoique ultérieurement ils prennent le *cachet d'une affection spinale chronique*. Ce sont positivement ces myélites aiguës qui se terminent par une *guérison relative*, c.-à-d. une *guérison avec formation de cicatrices et de lacunes dans la moelle dorsale*. Par ailleurs, une myélite aiguë peut, dans des circonstances exceptionnelles, se transformer en myélite chronique.

Nous avons déjà dit antérieurement que les altérations anatomiques présentent certaines différences d'après qu'elles appartiennent à la forme aiguë ou à la forme chronique. Ce n'est qu'en présence de vieux foyers (scléreux) que l'examen anatomique à lui seul, sans qu'on ait égard à l'évolution clinique, soit en état de discerner avec certitude si la sclérose qu'on rencontre est le résultat d'un processus chronique ou d'un travail aigu achevé depuis longtemps.

D'ailleurs la division de la myélite en forme aiguë et chronique ne doit en aucun cas être faite d'une façon trop tranchée, vu que certainement des nuances de transition se rencontrent. La durée totale de la maladie comporte souvent, abstraction faite des cas à marche fatale relativement rapide, de nombreuses années.

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. Il s'agirait plutôt de parler d'une guérison relative. Les prétendues guérisons qu'on signale sont d'ordinaire des paralysies par compression, des névrites multiples, etc. La *mort* arrive par l'affaiblissement général qui finit par se déclarer, ou comme suite de la cystite et de la pyélo-néphrite 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).

Diagnostic. 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, peut, dans les cas *aigus*, être résolu souvent avec assez de

certitude, mais *pour ainsi dire jamais* dans les cas chroniques, car le même tableau morbide identiquement peut, en certaines circonstances, être évoqué par la *sclérose multiple* (v. y), par des *néoplasies* (gliome) de la moelle et enfin par les *affections combinées des cordons*. A l'occasion de la description de tous ces derniers états morbides, nous reviendrons encore une fois sur l'analogie parfois observée de l'appareil qu'ils présentent avec celui de la myélite chronique transversale.

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.

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* (3,0 à 5,0 d'onguent gris par jour). En même temps on donnera 1,5 à 2,0 grm d'*iodure de potassium*. 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 stable pas trop fort ou un courant 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, rendent de grands services en certaines circonstances. La règle capitale, c'est de ne pas *trop chauffer* le bain (24° environ jusqu'à 26° R. tout au plus), 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 développement. 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* », 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 *Oeynhausien* et de *Nauheim*, puis les bains de *Kissingen*, 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 frais que des demi-bains ou des bains entiers 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 préconise le plus souvent de faire un essai avec la *strychnine* (par la voie sous-cutanée ou à l'intérieur), puis avec l'*ergotine*, 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 (éviter toute fatigue). 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 ma-

lades 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 *rétenction 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*), l'acide salicylique 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. Chez l'homme un bon récipient d'urine convient également, tandis que l'emploi d'un instrument semblable rencontre beaucoup de difficultés chez la femme.

La *constipation* doit être combattue par les moyens ordinaires. Au commencement on se servira aussi peu que possible de purgatifs et on obviendra 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. En tout cas on retardera tant qu'on pourra d'employer la morphine à l'intérieur, parce que dans des cas désespérés, on finira par devoir y recourir à des doses qu'on ne sait 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