

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

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. Bien plus, dans la plupart des observations qui nous sont propres, nous n'avons, en dépit de nos investigations les plus minutieuses, pu relever aucune cause véritable. — 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* même 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 motifs tendent à faire croire que la maladie dépend d'une *anomalie des vaisseaux*, mais cela mérite encore confirmation. Même sans le secours du microscope ces foyers sont parfois déjà reconnaissables à leur teinte grise et à leur plus grande résistance. Ils sont répandus par tout le système nerveux central. Dans le *cerveau*, ils siègent par prédilection dans les couches médullaires blanches des hémisphères, dans les parois des ventricules latéraux et le corps calleux; puis on en rencontre en assez grand nombre dans la *protubérance annulaire*, en moindre quantité dans la *moelle allongée*, mais en masse considérable dans la *moelle épinière* (v. fig. 27 et 28), où ils sont disposés de la façon la plus variée, surtout au milieu de la substance *blanche*. Au *microscope* ces foyers consistent essentiellement en un abondant tissu conjonctif de nature fibrillaire et à texture réticulée, lequel n'est plus parcouru que par quelques rares fibres nerveuses encore survivantes. Au commencement on remarque sur les vaisseaux une accumulation de noyaux, plus tard le plus souvent un épaissement de la paroi. Dans les cas récents il y a toujours des cellules à granulations grasses. CHARCOT le premier et après lui d'autres observateurs ont remarqué que les *cylindres-axe se maintiennent au milieu des foyers pendant un temps remarquablement long, même après la disparition des gânes de myéline*. Ce fait est de la plus *grande importance* pour toute la pathologie clinique de la sclérose multiple. Il concorde évidemment aussi avec cette circonstance remarquable et surprenante que les dégénérescences secondaires font le plus souvent défaut dans la moelle épinière.

**Symptômes et marche morbide.** En présence du grand nombre de foyers et de la diversité de l'emplacement qu'ils occupent, on comprend à priori qu'il n'y a pas moyen de tracer de cette maladie polymorphe un tableau morbide qui s'adapte à *tous* les cas. Cependant, une série de ces faits pathologiques se traduit par un appareil de symptômes assez caractéristique, pour que le diagnostic en puisse être posé avec un degré suffisant de certitude. Nous allons commencer par décrire la forme *type*, que nous devons surtout à CHARCOT, et puis nous ajouterons quelques remarques sur les cas assez fréquents qui s'en écartent (*formes frustes*).

Le symptôme des cas *types* de sclérose en foyers que nous devons mentionner en première ligne, c'est un trouble de la motilité extrêmement remarquable qui se présente en partie sous forme d'une *ataxie* véritable, en partie sous forme d'un *tremblement* qu'on a qualifié *d'intentionnel*. Ce « tremblement » a été cause que jadis la sclérose multiple semble avoir été confondue avec la paralysie agitante, quoique les deux maladies n'aient pas la moindre ressemblance entre elles. La simple circonstance déjà que le trouble de la motilité dans

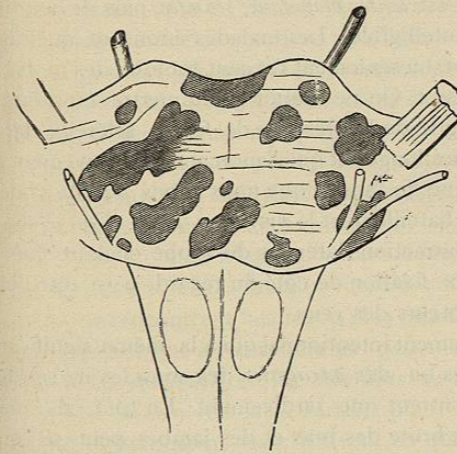


Fig. 28. Distribution des foyers scléreux à la surface de la protubérance : d'après LEUBE.

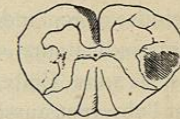


Fig. 27. Exemple de l'affection myélique dans la sclérose multiple. Les endroits ombrés sont les parties malades.

la sclérose multiple se déclare exceptionnellement pendant le repos, et

presque toujours au contraire à l'occasion des mouvements voulus, constitue une différence fondamentale. Aussi le désordre du mouvement dans la sclérose multiple ne devrait pas s'appeler « tremblement » puisqu'il ne s'agit que par exception d'un véritable clonus musculaire oscillatoire, comme celui qui caractérise la paralysie agitante, mais d'une ataxie réelle, c.-à-d. d'une incertitude et d'un échappement des mouvements tels qu'ils se présentent manifestement aux bras, par ex. quand les malades veulent atteindre avec l'index un point déterminé, ramener l'un contre l'autre les doigts indicateurs des deux mains, porter un verre d'eau à la bouche et ainsi de suite. Cette ataxie se montre exactement de même aux *jambes* et on peut l'observer aussi aux mouvements de la tête et du cou. La tête laissée libre oscille et se déjette de tous côtés. Ce désordre des mouvements cesse au contraire tout à fait quand le malade est au repos ou qu'il est soutenu convenablement. Même alors on remarque encore quelques petits trémoussements involontaires des muscles. Si les malades éprouvent une émotion morale, leur incertitude et leur inquiétude s'exagèrent d'autant.

Le trouble de la motilité se manifeste encore d'une manière particulièrement caractéristique dans deux domaines musculaires: dans les muscles de la parole (langue) et dans ceux des yeux. Rien qu'en faisant avancer la langue on constate quelquefois l'incertitude du mouvement qui s'accroît encore par l'émission de la parole. Beaucoup de malades atteints de sclérose multiple (à la vérité pas tous) se distinguent par un *trouble de langage* tout à fait *caractéristique*. La parole au début est *lente, monotone, scandée*, puis devient indistincte, et à la fin presque inintelligible. Les malades énoncent quelquefois chacune des syllabes d'un mot, ou seulement l'accent tonique des mots. Souvent la voix s'échappe en fausset. On ne saurait guère mettre en doute que ce trouble de la parole témoigne de la présence de foyers scléreux dans la protubérance et dans la moelle allongée et que l'anomalie de mouvement dont ils sont la cause est l'analogue de l'ataxie que nous avons décrite ci-dessus dans les bras et les jambes. — Pareillement le *nystagme* qu'on observe souvent dans la sclérose multiple (contractions latérales du globe oculaire lors des mouvements des yeux et de la fixation de côté du regard) n'est autre chose qu'une ataxie des muscles moteurs des yeux.

A part l'ataxie et le tremblement intentionnel qui a la même signification, des *parésies* proprement dites ou des *paralysies* des muscles ne se déclarent presque pas ou ne se montrent que tardivement. En tout cas, malgré une ataxie prononcée, la force brute des bras et des jambes peut se conserver encore longtemps. Mais ce qui dans la sclérose multiple donne au trouble de la motilité son cachet particulier, ce sont, outre l'ataxie, la forte *exaltation* presque toujours coexistante des *réflexes tendineux* et les *phénomènes*

*spastiques* qui l'accompagnent. Ces derniers se manifestent moins aux extrémités supérieures. Cependant même ici en percutant les bouts inférieurs des avant-bras, les tendons du biceps et du triceps, on suscite presque toujours des réflexes tendineux et périostiques. Aux extrémités inférieures on éveille non seulement de forts réflexes rotuliens, un phénomène du pied très intense et persistant (autrefois abusivement désigné du nom d'épilepsie spinale), mais fréquemment aussi un tonisme droit prononcé des deux jambes.

Ce sont aussi ces symptômes spastiques qui influent grandement sur la *démarche du malade*. Sont-ils relativement bénins, la marche est simplement *incertaine, vacillante, trébuchante*, quoique à l'opposé de la démarche tabétique, ce qu'il y a de raide et de précipité dans la « démarche spastique » est le plus souvent déjà manifestement apparent (*démarche spastico-atactique*). Si au contraire ces phénomènes spastiques se mettent plus à l'avant-scène, la démarche devient aussi de plus en plus *spastique*, de manière que tous les pas, à cause de la parésie qui fait défaut, se succèdent toujours rapides et à grandes enjambées. Ce n'est qu'après que la parésie des jambes s'est déclarée, que la marche devient de plus en plus traînante, fatiguée, et qu'elle se fait à pas lents et raides (*marche spastico-parétique*). L'ataxie naturellement n'est plus alors manifestement appréciable.

L'explication de la genèse de tous les symptômes moteurs de la sclérose multiple que nous venons de décrire n'est pas facile. Il n'y a que ceci qui puisse s'affirmer comme étant certain, c'est que la *conservation*, ainsi que nous l'avons exposé tout à l'heure, du *cylindre-axe dans les foyers scléreux*, rend compte de ce fait que dans la sclérose multiple il arrive si souvent qu'il ne se produit *presque pas de paralysie proprement dite*, mais seulement de l'ataxie (tremblement *intentionnel*) et des phénomènes spastiques (excitation des réflexes tendineux). Quant au mode de production de cette ataxie, on n'en sait rien de positif. L'hypothèse qui dit que par la disparition des gaines de myéline les cylindres-axe cessent pour ainsi dire d'être isolés et que par suite des courants anormaux en sens transversal ont lieu, présente un côté attrayant, mais n'est pas encore démontrée.

Après les phénomènes moteurs mentionnés jusqu'ici, il y a d'autres symptômes qui se rencontrent beaucoup plus rarement dans la sclérose multiple. Il y a notamment à remarquer au point de vue du diagnostic que les *troubles de la sensibilité* et les *désordres de la part de la vessie* se mettent le plus souvent entièrement à l'arrière-plan. A un examen très minutieux on trouve certainement assez souvent en quelques endroits de légers affaiblissements de la sensibilité cutanée ou des désordres insignifiants de l'émission urinaire, mais ces symptômes n'appartiennent aucunement au tableau morbide caractéristique de la sclérose multiple.

Une importance beaucoup plus considérable, bien qu'ils ne se présentent que dans une partie des cas, s'attache à une série de *symptômes cérébraux*. Mentionnons d'abord les désordres oculaires qui sont assez fréquents. Les principaux sont les *troubles de la vision* qui se traduisent, les uns par une simple diminution de l'acuité visuelle, les autres par un rétrécissement du champ de la vision et des altérations du sens chromatique. Ces manifestations dépendent d'une *atrophie des nerfs optiques*, laquelle commence régulièrement dans la moitié temporale de la pupille. Le trouble visuel va rarement jusqu'à la cécité complète. Quelquefois l'atrophie des nerfs de la vue dérive d'une *névrite optique*. — Les *troubles moteurs des yeux* se montrent parfois et même assez souvent comme le premier symptôme appréciable de la maladie. Les paralysies ne frappent presque jamais que les *muscles externes de l'œil* et occasionnent le plus souvent de la diplopie. La fixité réflexe de la pupille ne se rencontre guère.

Parmi les autres symptômes cérébraux il y a lieu de citer la *céphalalgie* et principalement encore des états *vertigineux*. Ceux-ci constituent souvent un symptôme très précoce. Ils se déclarent par accès, à moins d'exister sans interruption. — Fréquemment au cours de la maladie s'établit un *certain affaiblissement psychique*, une *imbécillité* qui va se transformant en une démence prononcée. Plus rarement ce sont des phases de mélancolie ou d'exaltation maniaque. En outre signalons également comme étant un symptôme important au point de vue diagnostique la production d'*attaques apoplectiformes*. A la suite de légers signes prodromiques (mal de tête, vertiges) se déclarent aussi fréquemment la perte de connaissance et l'hémiplégie. En même temps la face s'injecte, le pouls devient fréquent, et la température peut monter à 40 et à 41° C. Après 1 à 2 jours le consensus revient, et l'hémiplégie se dissipe à son tour. Les *attaques épileptiformes* sont beaucoup plus rares. Dans un cas type nous avons observé ces dernières à plusieurs reprises. Elles étaient à prédominance unilatérale et laissaient après elles une hémiplégie également temporaire. La cause intime de ces accès est complètement inconnue encore. Tout ce qu'on sait, c'est qu'ils ne dépendent pas de grosses altérations cérébrales concomitantes, mais ne doivent leur développement qu'à des états fonctionnels de paralysie ou d'excitation. — Enfin mentionnons encore un phénomène intéressant, assez rarement observé pendant la sclérose multiple et qui peut également avoir une valeur diagnostique, nous voulons parler du *rire* et des *pleurs convulsifs*. Chez nombre de malades ces mouvements soi-disant affectifs se déclarent très fréquemment, tantôt d'eux-mêmes, tantôt à l'occasion des circonstances les plus banales, et cela d'une manière incoercible. Parfois aussi, pour le motif le plus futile ces deux mouvements affectifs se transforment sans transition l'un dans l'autre.

Pour ce qui concerne la *marche* des cas types de sclérose disséminée *dans leur ensemble*, la maladie se développe très lentement et par degrés. D'abord se montrent dans les extrémités des symptômes d'ordre moteur, tremblement, incertitude des mouvements et troubles de la marche. Les malades se plaignent en même temps de maux de tête passagers et de vertiges. Peu à peu la parole devient indécise, l'intelligence fléchit et les autres phénomènes morbides décrits tout à l'heure entrent en scène. La maladie se prolonge presque toujours pendant plusieurs années ou des périodes décennales. On observe des oscillations, des temps d'arrêt, des rémissions et de nouvelles exacerbations dans l'état morbide. Il semble même parfois que dans les cas bénins il puisse se produire une guérison ou du moins une halte dans les symptômes. Cependant, en général, le pronostic doit toujours être taxé de défavorable. C'est surtout à la suite des attaques apoplectiformes mentionnées plus haut, qu'on note des aggravations rapides. Le stade ultime est caractérisé par la déchéance de plus en plus profonde de la nutrition, par des paralysies et des eschares terminales. La mort arrive par des affections intercurrentes ou par la chute progressive des forces, parfois au milieu d'une attaque apoplectiforme.

**Formes peu communes.** Outre les formes types susdites de la sclérose en plaques, il se présente, comme nous l'avons dit, des cas nombreux (formes frustes) qui s'en écartent ; mentionnons brièvement les éventualités suivantes :

1. La maladie affecte une marche *très latente*. Nous avons vu un cas où un mal de tête et des vertiges légers constituaient le seul symptôme dont les malades se plaignaient depuis longtemps. Un jour se déclara un petit raptus passager d'apoplexie et quelques mois plus tard un accès épileptiforme suivi, peu de jours après, de la mort. L'autopsie démontra l'existence d'une sclérose disséminée parfaitement développée.

2. Parfois la maladie se produit *avec toutes les apparences de la myélite chronique*. Les foyers cérébraux ne provoquent pas de symptômes (peut-être parce qu'ils sont peu nombreux), mais les foyers myéliques donnent lieu à une paraplégie progressive des membres inférieurs, avec troubles vésicaux, perte de la sensibilité, etc. Nous avons devers nous deux cas de nécropsie de sclérose disséminée, qui, pendant la vie, avaient été diagnostiqués comme étant de simples myélites transversales.

3. Plusieurs cas ont été signalés dans lesquels la sclérose en plaques s'est révélée à l'observation sous l'image presque parfaite d'une *paralysie spinale spastique* (v. y). Alors il y a d'ordinaire un assez grand nombre de foyers dans les cordons latéraux de la moelle. Les symptômes spastiques se combinent-ils avec des atrophies musculaires (foyers dans les colonnes grises

antérieures), le tableau morbide peut même en imposer pour une *sclérose latérale amyotrophique*, surtout quand il existe en même temps des phénomènes bulbaires (v. plus bas). — Si la sclérose multiple prend dans la protubérance et dans la moelle allongée une extension extraordinaire, on peut se trouver en face de l'appareil symptomatique de la *paralysie bulbaire chronique*.

4. Il est plus rare de voir prédominer des symptômes semblables à ceux du *tabes* (fixité réflexe de la pupille, douleurs et ataxie). On ignore si l'on a déjà rencontré une seule fois dans la sclérose multiple avérée, la suppression du réflexe rotulien. — D'autre part on a observé des combinaisons de la sclérose disséminée avec la dégénérescence grise des cordons postérieurs (syphilis) ?

5. La sclérose multiple devient quelquefois le point de départ d'une *hémiplégie* à lente évolution. Cette hémiplégie est considérée à tort comme étant d'origine cérébrale, puisque l'autopsie vient démontrer la présence de foyers multiples situés dans la moitié correspondante de la moelle et de la protubérance.

6. Très souvent les *troubles psychiques* (démence) se mettent tellement au premier plan de la scène morbide, qu'il en résulte le tableau achevé de la *démence paralytique* (avec troubles de la parole, etc.).

Le **diagnostic** de la sclérose en plaques dans ses formes atypiques est parfois complètement impossible. Tout au plus peut-il être établi avec quelque probabilité quand, abstraction faite des symptômes qui s'écartent du type, quelques-uns tout au moins des phénomènes se manifestent qui sont considérés comme caractéristiques. Cette circonstance, précisément que les cas anormaux ne savent pas s'ajuster exactement dans le cadre d'une autre forme morbide, doit éveiller le soupçon de la possibilité d'une sclérose disséminée. Aussi bien toutes les combinaisons possibles de symptômes peuvent naturellement se rencontrer ici.

Dans les formes *types*, le diagnostic au contraire n'est d'ordinaire pas difficile. L'âge relativement peu avancé du malade, l'ataxie (le tremblement intentionnel) des jambes et des *bras*, combinée avec l'augmentation des réflexes tendineux, les troubles de la sensibilité et de la vessie faisant défaut, les symptômes cérébraux de moindre intensité (vertige, céphalalgie), la faiblesse physique se déclarant tardivement, le rire convulsif et enfin, en certaines circonstances, les attaques apoplectiformes, sont les signes que le diagnostic doit utiliser le plus. La confusion avec la *paralysie agitante* (v. y) n'est guère possible, quand on songe que, indépendamment de beaucoup d'autres différences, le tremblement dans cette dernière maladie a lieu de préférence pendant le repos et consiste en oscillations beaucoup plus uni-

formes. La distinction d'avec le *tabes dorsal* authentique ne fait pas de difficulté non plus. On serait plutôt exposé à prendre la sclérose multiple pour l'*ataxie héréditaire* de FRIEDREICH (v. y). Cependant en cette dernière occurrence la manière d'être des réflexes tendineux constituerait une marque distinctive, puisqu'ils sont ici complètement défaut, tandis que dans la sclérose multiple ils sont constamment exagérés. Il arrive fréquemment que l'*hystérie* revêt un aspect morbide très semblable à celui de la sclérose multiple (tremblement, ataxie, exaltation des réflexes tendineux, etc.). Toutefois en examinant plus attentivement, on ne tardera pas à arriver à un diagnostic correct par la prise en considération de toute la manière d'être du malade, de l'évolution morbide et des « stigmates » hystériques caractéristiques. D'autre part, ainsi que l'école de CHARCOT l'a démontré, la sclérose multiple se rencontre aussi en compagnie de l'hystérie (principalement de l'hémianesthésie hystérique.)

Pour finir disons que WESTPHAL a décrit quelques cas à marche très chronique, qui avaient présenté dans leur tableau morbide une grande similitude avec la sclérose multiple et qui à l'autopsie n'ont mis au jour *presque aucune* altération anatomique *appréciable*. Les symptômes consistent surtout en parésies musculaires, tremblements à l'occasion de mouvements volontaires, marche spastico-parétique, troubles de la parole, difficulté des mouvements oculaires, expression fixe du regard et la présence de la contraction dite paradoxale (v. plus haut p. 73). D'ordinaire il y avait une tare manifeste nervoso-héréditaire. WESTPHAL a proposé de désigner sommairement ces cas de « pseudo-sclérose ». Des observations ultérieures devront fixer leur signification réelle.

**Pronostic.** Les points de repère les plus importants du pronostic ont été énumérés plus haut. Nous avons vu que des améliorations se présentent parfois dans les phénomènes morbides, mais que l'issue finale de la maladie (à part des exceptions isolées peut-être) est néanmoins défavorable. La durée totale peut comprendre de nombreuses années.

**Thérapeutique.** Le traitement vise à mettre en œuvre les remèdes que nous avons cités dans la description de la myélite chronique. Le repos le plus complet et les moyens de préservation dont beaucoup de malades ne peuvent user que dans un excellent asile, ont déjà un bienfaisant effet. En outre le courant galvanique, les bains, les frictions, et à l'intérieur l'iodure de potassium, l'ergotine et le nitrate d'argent sont à employer de préférence. L'incertitude des mouvements peut manifestement être améliorée par les *exercices hygiéniques* de la *gymnastique méthodique*.