

caractères différentiels lorsque les symptômes céphaliques, l'embaras de la parole et le tremblement font défaut.

Le pronostic est très-grave : la sclérose en plaques a presque toujours une marche progressive; cependant, depuis que l'on a appris à la mieux connaître et que les observations se sont multipliées, on a constaté que dans certains cas il y avait des temps d'arrêt, des rémissions plus ou moins complètes et parfois assez persistantes.

TRAITEMENT. — L'hydrothérapie et les courants continus employés comme dans l'ataxie locomotrice sont les seuls moyens de traitement qui aient donné quelques résultats favorables. Le nitrate d'argent est contre-indiqué par les contractures; au début de la maladie, il donne lieu parfois à des améliorations temporaires; ces améliorations peuvent, il est vrai, se produire spontanément, ce qui rend très-difficile l'appréciation des résultats obtenus.

CRUVEILHIER. Atlas d'anat. pathol. 22<sup>e</sup> et 23<sup>e</sup> livraisons. — Vulpian. Note sur la sclérose en plaques de la moelle (Union méd., 1866). — ORDENSTEIN. Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques, thèse, Paris, 1867. — BOURNEVILLE et GUÉRARD. De la sclérose en plaques disséminées, Paris, 1869. — LIOUVILLE (Soc. de biol., 1869). — BOURNEVILLE. Nouvelle étude sur quelques points de la sclérose en plaques disséminées, Paris, 1869. — CHARCOT. Leçons sur les maladies du système nerveux, 1873. — TIMAL (Ed.). Étude sur quelques complications de la sclérose en plaques disséminées, thèse, Paris, 1873. — HALLOPEAU. *Op. cit.* — PITRES. Contrib. à l'étude des anomalies de la sclérose en plaques disséminées (Revue mens. de méd. et de chir., 1877, p. 893). — CHRISTIDIS. De la sclérose multiple du cerveau et de la moelle épinière (Verhandl. der phys. med. Gesellsch. Würzburg, Band X, p. 4).

#### MYÉLITES CHRONIQUES DIFFUSES.

On a séparé successivement de l'histoire de la myélite chronique, telle que l'entendaient les anciens auteurs : l'ataxie locomotrice, la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, le tabes spasmodique, la myélite par compression de la moelle; après ce départ les cas de myélite chronique qui restent forment-ils un groupe homogène? doit-on arrêter là le travail d'analyse? Il est bien probable qu'on arrivera encore à séparer du groupe des myélites chroniques diffuses quelques espèces morbides bien caractérisées au point de vue clinique; des tentatives ont été déjà faites dans ce sens, mais les résultats ont été trop incomplets pour que nous puissions songer à donner ici une description méthodique d'espèces morbides dont l'enfantement n'est pas terminé. Nous décrirons les

symptômes communs aux myélites chroniques diffuses, puis nous indiquerons ceux qui sont propres à telle ou telle variété, suivant en cela le plan qui a été adopté par Hallopeau dans un très-intéressant mémoire sur les myélites chroniques (*Arch. gén. de méd.*, 1871-1872).

ÉTIOLOGIE. — La myélite chronique diffuse présente son maximum de fréquence chez l'adulte : l'influence des refroidissements et du froid humide est une des mieux démontrées; les excès vénériens et les excès alcooliques sont des causes prédisposantes.

Des tumeurs comprimant la moelle, des névrites ascendantes peuvent être l'origine des myélites chroniques, qui parfois aussi succèdent à des myélites aiguës.

DESCRIPTION. — La myélite chronique diffuse est presque toujours partielle : c'est le renflement dorso-lombaire qui est atteint le plus fréquemment; la myélite diffuse dorso-lombaire mérite donc de nous arrêter d'abord.

La maladie débute tantôt assez brusquement, tantôt d'une manière lente et insidieuse par des douleurs et un affaiblissement des membres inférieurs. Les douleurs siègent surtout dans la région dorsale, elles irradient de là dans les parois thoraciques et dans les membres inférieurs; les malades accusent une sensation de constriction à la base de la poitrine ou au niveau de l'abdomen (douleur en ceinture); ils éprouvent dans les extrémités inférieures des élancements, des sensations de froid et surtout des fourmillements dans la plante des pieds; bientôt la sensibilité diminue, il semble aux malades qu'ils marchent sur un tapis ou sur du duvet. La pression des apophyses épineuses est douloureuse au niveau du segment de la moelle atteint par l'inflammation.

Les troubles de la motilité marchent presque toujours de pair avec les troubles de la sensibilité; ils se caractérisent par un affaiblissement des membres inférieurs et quelquefois par des crampes, des contractures passagères ou persistantes; nous n'avons pas à revenir ici sur la description des différents degrés de la paraplégie, qui a déjà été faite à propos des compressions de la moelle.

La contractilité électrique des muscles paralysés est diminuée ou même abolie.

Les troubles de la miction et de la défécation sont constants; il existe d'abord de la rétention des urines et une constipation opiniâtre; à une période plus avancée de la maladie la rétention est remplacée par de l'incontinence.

Les lésions trophiques viennent tôt ou tard compliquer l'état des malades; les muscles s'atrophient, il se produit des eschares au sacrum et cela d'autant plus facilement que les malades se retournent avec peine dans leur lit et que la peau des parties déclives est irritée par l'urine ammoniacale qui souille sans cesse la literie.

Il survient parfois un œdème des membres inférieurs qui paraît se rattacher à la paralysie des vaso-moteurs.

La myélite chronique peut se limiter au renflement dorso-lombaire, la mort arrive alors par suite d'une néphro-cystite ou bien elle est consécutive aux eschares; d'autres fois la myélite devient ascendante.

Lorsque la myélite chronique débute dans la région cervicale, les douleurs et l'affaiblissement musculaire se montrent d'abord dans les membres supérieurs: ils y sont du moins plus marqués que dans les inférieurs; dans la grande majorité des cas les lésions ne tardent pas à se généraliser et l'on observe une paralysie des quatre membres.

La myélite peut se limiter au début à l'une des moitiés de la moelle et donner lieu aux symptômes de l'hémiplégie décrite à propos de la compression de la moelle.

VARIÉTÉS. — 1° *Sclérose transverse*. La sclérose transverse est souvent consécutive à la compression de la moelle, mais elle peut survenir aussi spontanément. Les symptômes sont ceux de la myélite chronique diffuse, avec cette particularité qu'on voit survenir au bout d'un certain temps une contracture des membres inférieurs, contracture qui s'explique par une dégénérescence secondaire des cordons latéraux.

2° *Myélite diffuse centrale; syringomyélie; myélite chronique périépendymaire*. Dans les cas assez rares où l'inflammation se limite aux parties centrales de la moelle, les principaux symptômes consistent dans des paralysies bientôt suivies d'atrophie musculaire, les troubles de la sensibilité peuvent faire presque entièrement défaut. Cette forme a été confondue assez souvent avec l'atrophie musculaire progressive.

3° *Myélite périphérique, myélo-méningite, sclérose annulaire*. Il n'existe que deux exemples de cette forme, exemples dus à Fromman et Vulpian; la myélite paraît devoir être considérée dans ce cas comme une complication de la méningite chronique. Au point de vue clinique la myélite périphérique se distingue des autres myélites diffuses par l'absence d'atrophie musculaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'inflammation chronique diffuse

la moelle se caractérise tantôt par une induration scléreuse, tantôt par un ramollissement de la moelle. La sclérose transverse est constituée par une prolifération de la gangue conjonctive analogue à celle de la sclérose en plaques, avec cette différence que les dégénérescences secondaires sont ici la règle; ces dégénérescences se produisent, ainsi que nous l'avons dit en traitant de la compression de la moelle: 1° dans les cordons latéraux au-dessous de la partie lésée; 2° dans les cordons de Goll au-dessus.

Les foyers de ramollissement sont plus ou moins étendus; à leur niveau la moelle a perdu sa forme, sa consistance; lorsqu'on pratique une section transversale on ne reconnaît plus la disposition normale de la substance blanche et de la substance grise, il s'écoule une bouillie blanchâtre ou jaunâtre qui est constituée: 1° par des granulations nombreuses de myéline ou de graisse; 2° par des corps granuleux qui paraissent être des cellules du tissu conjonctif tuméfiées et chargées de corpuscules de myéline; 3° par des leucocytes et quelques globules rouges; 4° par des débris de tubes nerveux et de cylindres d'axe. Dans quelques cas il se produit des hémorragies: la bouillie prend alors une coloration rougeâtre ou ocreuse et au microscope on trouve de nombreux globules rouges si l'hémorragie est récente, de l'hématine si elle est ancienne.

Dans les cas où les foyers de ramollissement sont anciens et bien limités il existe à la périphérie une zone de prolifération secondaire que l'on peut comparer à la membrane pyohémique des abcès. Lorsque les foyers de ramollissement n'ont pas entraîné la mort et que les malades succombent plus tard à quelque complication, on trouve au niveau de ces foyers des plaques indurées, jaunâtres, analogues à celles qui se forment dans le cerveau à la suite des foyers de ramollissement et qui sont connues sous le nom de *plaques jaunes*.

Dans les cas de myélite centrale le canal épendymaire est entouré d'un anneau de sclérose plus ou moins épais, et dans la moelle les principales altérations portent sur la substance grise; les cellules des cornes antérieures sont atrophiées sur un grand nombre de points. Le canal épendymaire est souvent dilaté et rempli de sérosité; cette altération, qui a été décrite par quelques auteurs comme une affection spéciale, paraît se rattacher presque toujours à la myélite chronique.

La myélite diffuse peut se compliquer de plaques de sclérose disséminées. On comprend que dans ces cas les symptômes de la sclé-

rose en plaques se confondent avec ceux de la myélite diffuse et forment un tableau clinique très-complexe.

Un certain nombre de muscles sont toujours atrophiés, surtout dans la myélite centrale; ils ont le même aspect pâle, chair de poisson ou de grenouille que dans l'atrophie musculaire progressive; les lésions des fibres musculaires étudiées au microscope sont analogues à celles qu'on rencontre dans cette dernière affection.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — L'apparition simultanée sur différents points du corps de paralysies à marche lente et progressive, de troubles de la sensibilité et d'altérations trophiques permet en général de porter assez facilement le diagnostic de myélite chronique diffuse.

Les douleurs de la myélite chronique au début sont souvent confondues avec le rhumatisme chronique; l'existence d'une douleur à la pression des apophyses épineuses, le caractère de constance des douleurs, l'absence de tuméfactions articulaires, enfin les troubles de la motilité et de la sensibilité qui ne tardent pas à se produire dans la myélite chronique ne peuvent pas laisser longtemps le diagnostic douteux.

Les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice diffèrent notablement des sensations douloureuses qui accompagnent la myélite diffuse; chez l'ataxique il n'y a pas de paralysie, au moins dans les premières périodes, mais seulement de l'incoordination motrice. Les symptômes céphaliques de la sclérose des cordons postérieurs et de la sclérose en plaques font défaut dans la myélite chronique diffuse; le tremblement est un symptôme assez rare.

La myélite diffuse centrale a été confondue plus d'une fois avec l'atrophie musculaire progressive: elle donne lieu en effet à l'atrophie d'un certain nombre de muscles, mais l'atrophie est ici précédée par la paralysie.

La compression de la moelle par une tumeur est souvent difficile à distinguer d'une myélite transverse; lorsque la tumeur a provoqué une inflammation secondaire de la moelle, le diagnostic est même impossible, à moins qu'il n'existe quelque déformation du rachis. La compression de la moelle donne lieu en général à des douleurs névralgiques très-vives; contrairement à ce qui arrive dans la myélite, les troubles de sensibilité, les fourmillements, l'anesthésie des membres inférieurs ne surviennent qu'à une période avancée; enfin la paraplégie par compression est presque toujours plus marquée d'un côté.

Les paralysies saturnines portent sur les extenseurs et ne s'accompagnent pas de douleurs; la profession des malades et les antécédents morbides mettent du reste sur la voie du diagnostic.

Les paralysies et les contractures hystériques se produisent brusquement, les troubles trophiques font défaut, la contractilité électro-musculaire est le plus souvent conservée, enfin on trouve en général dans les antécédents morbides ou dans l'état actuel d'autres signes d'hystérie: attaques convulsives, ovaralgie, hémianesthésie, etc.

Nous nous occuperons plus tard du diagnostic différentiel de la myélite chronique diffuse et des paraplégies dites *réflexes*.

La myélite chronique diffuse guérit rarement, mais elle a assez souvent une marche lente avec des temps d'arrêt prolongés. La myélite diffuse centrale se termine quelquefois par la guérison. Parmi les complications qui entraînent le plus souvent la mort, il faut citer les eschares, les néphro-cystites et l'infection purulente.

TRAITEMENT. — Contre les douleurs du début on emploiera les révulsifs appliqués sur la colonne vertébrale (ventouses sèches ou scarifiées, vésicatoires) et surtout les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Les pointes de feu appliquées le long du rachis donnent de bons résultats, sans avoir les inconvénients des cautères à la pâte de Vienne ou des cautérisations transcurrentes que l'on doit proscrire.

Contre les atrophies musculaires on fera usage de l'électrisation localisée. Les courants continus ont été employés quelquefois avec succès; on ne les appliquera pas sur les membres paralysés, mais sur le rachis, de façon à agir sur les parties malades de la moelle. Les séances doivent être d'une demi-heure à une heure environ, mais au début il faut agir avec prudence et n'employer qu'un petit nombre d'éléments; on interrompra le traitement si des phénomènes d'excitation se produisent après les premières séances. L'hydrothérapie trouve surtout son indication au début, lorsque la myélite chronique n'est encore caractérisée que par un affaiblissement des membres; les eaux minérales salines ou sulfureuses sont aussi d'un utile emploi.

On s'efforcera, à l'aide de soins minutieux de propreté, de prévenir la formation des eschares au sacrum; le matelas à eau doit être prescrit toutes les fois que la chose est possible. Le rectum et la vessie doivent être surveillés avec soin; en cas de rétention des urines on sondera plusieurs fois par jour les malades, on ne les laiss-

sera pas uriner par regorgement ; contre la constipation on fera usage des lavements froids et huileux ; si ces derniers sont sans effet on prescrira des lavements purgatifs.

OLLIVIER (d'Angers). *Op. cit.* — HALLOPEAU. Contrib. à l'étude de la sclérose diffuse, péripépendymaire. (Gaz. méd. de Paris, 1870). — Du même. Des myélites chroniques diffuses (Arch. gén. de méd. 1871-1872). — Du même. Art. *Moelle*, in Nouv. Diction. de méd. et de chir. pratiques. — CHARCOT. Leçons sur les maladies du système nerveux. — LEYDEN, BERNHEIM, ROSENTHAL, VULPIAN. *Op. cit.* — KILLIAN. Un cas de myélite diffuse chronique (Arch. f. Psych. u. Nerven, 1876). — BUSSARD. Un cas de myélite chronique avec plaques de sclérose (Gaz. hebdom., 1877).

## PARAPLÉGIES RÉFLEXES.

Dans le cours des maladies des voies génito-urinaires on voit quelquefois se produire un affaiblissement des membres inférieurs qui ne se rattache pas à une altération matérielle des éléments anatomiques de la moelle et auquel on a donné le nom de *paraplégie réflexe*. La fréquence de ces paralysies a été beaucoup exagérée à une époque où l'on croyait pouvoir déclarer que la moelle était saine lorsqu'elle ne présentait pas de lésion macroscopique ; c'est ainsi que Stanley et R. Leroy d'Étiolles ont décrit plus d'une fois la myélite diffuse avec néphrocystite consécutive sous le nom de *paraplégie réflexe*. Il faut éliminer du cadre de ces paraplégies non-seulement les faits de myélite primitive avec altération consécutive des voies urinaires, mais aussi les faits dans lesquels une névrite ascendante partie des organes malades a provoqué une inflammation de la moelle.

ÉTIOLOGIE. — Parmi les organes dont l'irritation est le plus souvent le point de départ des paraplégies réflexes, il faut citer : la vessie, les reins, le canal de l'urèthre, la prostate et l'utérus. Une irritation périphérique quelconque, une névralgie, un arthrite du genou, des vers intestinaux peuvent produire des effets analogues.

Brown-Séguard, qui a fait une savante étude des paraplégies réflexes, admet que les irritations périphériques, après avoir atteint la moelle, sont réfléchies sur les vaisseaux sanguins intra-médullaires qui se contractent. La paraplégie réflexe rentrerait ainsi dans les paraplégies par ischémie ; d'après Jaccoud la paralysie serait la conséquence de l'épuisement nerveux de la moelle.

DESCRIPTION. — Les paraplégies réflexes surviennent en général brusquement chez des malades qui sont atteints d'une affection des reins, de la vessie, du canal de l'urèthre ou de l'utérus ; les membres inférieurs sont affaiblis ; il est très-rare d'observer une para-

plégie complète. La sensibilité peut être diminuée : il n'y a en général ni douleurs, ni anesthésie complète, ni troubles trophiques des muscles ou de la peau. Le tableau clinique de la paraplégie réflexe est donc très-simple et par cela même il se distingue facilement de celui de la myélite. La marche des deux maladies présente aussi de grandes différences, que Brown-Séguard a résumées de la façon suivante :

*Paraplégie réflexe* : grandes modifications dans le degré de la paralysie, correspondant à celles de la maladie des organes urinaires ; guérison souvent et rapidement obtenue ou survenant spontanément après une notable amélioration ou la guérison de l'affection urinaire.

*Paraplégie suite de myélite* : amélioration rare et ne succédant pas aux changements survenus dans l'état des organes urinaires ; fréquemment un progrès lent vers une terminaison fatale ; rarement une amélioration notable et encore plus rarement une guérison complète.

Il faut bien savoir que dans la myélite chronique les troubles des voies urinaires : paralysie de la vessie, néphro-cystite, etc., peuvent acquérir rapidement une importance qui attire toute l'attention des malades à une époque où l'affaiblissement des membres inférieurs est encore peu marqué.

TRAITEMENT. — Lorsqu'il y a lieu de supposer qu'une paraplégie est d'origine réflexe il faut s'efforcer de faire disparaître la cause d'irritation périphérique ; c'est ainsi qu'en traitant une cystite ou une métrite, en dilatant un rétrécissement de l'urèthre, en redressant un utérus qui était dans l'antéflexion, on a réussi à faire disparaître des paraplégies. Les résultats de ces traitements serviront à établir le diagnostic exact ; si après la suppression des causes d'irritation périphérique la paraplégie persiste et s'aggrave, on pourra rejeter l'idée de paralysie réflexe.

RAOUL LEROY D'ÉTIOLLES. Des paralysies des membres inférieurs, etc., Paris, 1856. — STANLEY. London Med. Transact., t. XVIII, p. 260. — ESNAULT. Des paraplégies symptomatiques de la métrite et du phlegmon utérin., thèse, Paris, 1857. — VALLIN. Des paralysies sympathiques des maladies de l'utérus et de ses annexes, thèse, Paris, 1858. — NONAT. Traité pratique des maladies de l'utérus. Paris, 1868. — JACCOUD. Des paraplégies. *Op. cit.* — BROWN-SÉQUARD. Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs, 1865. — Du même : Leçons sur les vaso-moteurs. Paris, 1872. — CHARCOT. Des paraplégies urinaires (Mouven. méd., 1872), et Leç. sur les malad. du syst. nerveux, t. II, p. 295). — A. LAVERAN. Observation de myélite centrale subaiguë, remarques sur les paraplégies dites réflexes. (Archiv. de physiol. 1875, p. 867). — ROSENTHAL, HALLOPEAU, VULPIAN. *Op. cit.*