

L'électricité sera utilisée, en vue de son action trophique, sous forme de *courants continus*. On a conseillé l'application, trois fois par semaine, de courants stables et labiles le long de la colonne vertébrale; leur intensité ne doit pas dépasser 10 à 15 milliampères, et le contact se fait au moyen de larges électrodes. Ladame a publié un cas favorable.

Le *massage* a été récemment préconisé par Zabloudowski¹, qui l'associe à des mouvements actifs, passifs ou *doubles* (c'est-à-dire accompagnés d'une résistance calculée).

Le port habituel d'un *corset orthopédique* sera indiqué dans les cas de scoliose accentuée.

Enfin, si l'incoordination dépasse certaines limites et rend la marche impossible, on peut avoir recours aux *appareils de contention*, en particulier à ces cadres mobiles dont on se sert dans le *tabes* et qui obvient dans certaines limites aux inconvénients de l'ataxie des membres inférieurs².

1. ZABLUDOWSKI. — *Société de médecine berlinoise*, 22 juillet 1896, et *Vratch*, 1896, n° 14 (*Revue neurologique*, 30 nov. 1896, n° 20, p. 618).

2. BAUMEL. — *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1893.

CHAPITRE XXVII

TRAITEMENT DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

PAR

HENRY MEIGE

Secrétaire de la rédaction de la *Revue neurologique*.

I

Considérations générales.

Lorsque Charcot, il y a vingt ans et plus, donna de la sclérose en plaques la description demeurée classique aujourd'hui, en abordant le chapitre du traitement, il dut faire sincèrement aveu d'incompétence :

« Le temps n'est pas venu encore, disait-il, où cette question pourra être abordée sérieusement. Je ne puis vous parler que de quelques essais tentés jusqu'à ce jour, et dont les résultats, malheureusement, se sont montrés, en général, peu favorables. »

Cet aveu renfermait implicitement l'espoir que de nouvelles tentatives seraient un jour plus fructueuses.

Il est pénible d'avouer qu'aucun progrès sérieux n'a été fait dans cette voie, car nous sommes aujourd'hui aussi désarmés en face de la sclérose multiloculaire qu'on l'était jadis.

On ne possède aucun moyen d'enrayer sa marche lentement progressive, et l'extrême variété des agents thérapeutiques usités tour à tour, pour pallier aux accidents de la maladie, n'a fait que démontrer l'inanité de chaque essai. Bref, la thérapeutique reste impuissante à combattre les localisations disséminées sur toute la hauteur de la névraxe.

II

Traitement.

A. — De tous les symptômes de la sclérose en plaques, le plus caractéristique est, sans contredit, le *tremblement*. Il est, comme on sait, *intentionnel*, c'est-à-dire survenant uniquement à l'occasion des mouvements volontaires, et par contre, cessant au repos, — et il est *massif*, c'est-à-dire occupant la totalité d'un membre, et souvent même le corps entier. Contre cette infirmité on a tenté les médications les plus diverses.

Nous devons nous borner à passer en revue tous les palliatifs proposés, en reconnaissant humblement le peu de fonds qu'il convient de faire sur chacun d'eux.

La majorité des médicaments proposés avait pour but de remédier à l'état spasmodique, dont le tremblement n'est qu'un corollaire. On s'est donc adressé à toutes les substances qui paraissent exercer une action élective sur les conducteurs nerveux.

Le *chlorure d'or* et le *phosphure de zinc* rendent quelques services dans le tabes. Ils paraissent au contraire exaspérer les phénomènes spasmodiques de la sclérose en plaques.

Le *nitrate d'argent* qui compte quelques améliorations à son actif, ne peut être manié qu'avec réserve. Il faut le proscrire complètement si les malades ont de la tendance aux contractures et à l'épilepsie spinale (Charcot).

La *strychnine* exerce quelquefois une action d'arrêt temporaire sur le tremblement; on pourra prescrire les gouttes amères de Baumé (2 à 8 gouttes dans un demi-verre d'eau aromatisée), ou les granules du Codex contenant un *milligramme* de strychnine (2 à 10 granules avant chaque repas).

L'*arsenic*, la *belladone*, le *seigle ergoté*, la *vératrine*, la *physostigmine*, l'*huile phosphorée*, l'*iodure de phosphétylamine*, etc., ont été tour à tour expérimentés sans succès.

Selon Grasset, la *solanine* (0,10 à 0,20 centigrammes par jour) calme pourtant quelquefois le tremblement.

Mais, à vrai dire, toutes ces médications n'ont qu'une efficacité problématique.

Il est à remarquer que le tremblement de la sclérose en plaques apparaît surtout à l'occasion des mouvements d'une certaine amplitude. Les gestes menus s'exécutent généralement sans trop de difficulté: ainsi l'écriture est quelquefois possible; du moins, en y portant toute leur attention, certains malades arrivent-ils à écrire assez correctement quelques mots ou quelques lignes; mais la fatigue vient vite, et, avec elle, le découragement, émotion pénible, qui, comme toutes les émotions, exaspère les phénomènes spasmodiques. Une bonne discipline psychique peut rendre alors de réels services. Ne pouvant agir efficacement sur le symptôme lui-même, il faut, dans la mesure du possible, apprendre au malade à vivre en bonne intelligence avec son tremblement, empêcher qu'il ne s'irrite dès la première maladresse, et surtout lui conseiller une *extrême lenteur dans tous ses actes volontaires*.

Le même conseil doit être donné pour venir en aide aux difficultés de l'élocution.

De même que, pour parler, le patient est astreint à scander les syllabes, de même il peut arriver, en scandant ses mouvements, à les exécuter avec moins de désordre. Ce ne sont là sans doute que de menus subterfuges, difficiles à mettre en pratique, en particulier dans les formes rebelles; mais le seul fait de réussir à atténuer quelques-unes de ces imperfections procure au malade une série de contentements dont on aurait tort de le priver.

B. — Dans la série des troubles moteurs de la sclérose en plaques, les irrégularités de la *marche* occupent une place importante. Elles peuvent être telles qu'elles condamnent le malade à l'immobilité absolue, tant au moindre effort s'exaspèrent les phénomènes spasmodiques, ou la sensation de *vertige* qui dérange tout l'équilibre du corps.

Que la démarche soit *cérébelleuse*, *cérébello-spasmodique*, ou

franchement *spasmodique*, elle rend dans tous les cas la progression extrêmement pénible, sinon impossible.

Quand la maladie est à son début et semble d'allure discrète, il n'est pas défendu d'essayer d'appliquer aux mouvements des membres inférieurs une discipline méthodique analogue à celle que l'on emploie depuis peu pour corriger l'ataxie (Frenkel).

La patience et l'attention que ces exercices exigent de la part du malade et du médecin trouveront parfois leur récompense dans les progrès accomplis.

Mais, en aucun cas, le patient ne doit en éprouver de fatigue et il sera sage de modérer l'ardeur qu'il témoigne à l'apparition des premiers succès.

Chez un malade atteint de sclérose en plaques à la suite d'une fièvre typhoïde grave, ce procédé appliqué à la rééducation de l'équilibre a produit quelques résultats heureux.

Affolé par son vertige, le patient n'osait plus se tenir sur son fauteuil sans s'appuyer au dossier, en se cramponnant aux bras du siège. En s'astreignant à discipliner tous ses actes, ce malade, au bout de quelques jours, est arrivé à s'asseoir sans crainte sur une chaise ordinaire, puis sur un tabouret, à se lever et se rasseoir, sans prendre aucun point d'appui; plus tard même, il est parvenu à exécuter debout des mouvements compliqués de la tête, du tronc et des bras, à se mettre seul à genoux, se relever, etc.; enfin, progressivement, à faire quelques pas, appuyé sur la main d'un aide, tandis qu'auparavant il fallait le porter dans les bras comme un enfant.

Ainsi, les *exercices méthodiques* employés, dans le *tabes*, pour corriger l'incoordination des mouvements, pourront trouver leur application dans quelques cas de sclérose en plaques. Encore ne faudra-t-il les conseiller qu'avec ménagement, et seulement lorsque la maladie semblera dans une phase favorable.

De toutes façons, il est profitable d'engager les patients à vaincre le *vertige* qui constitue le principal obstacle à leurs déplacements.

Ils devront s'essayer aux différents modes de station (assise, debout, hanchée, etc.) et, dans ces positions, à modifier leur équilibre par des mouvements de la tête, du tronc et des bras.

D'abord soutenus solidement par un aide, ils s'efforceront de réduire progressivement leurs points d'appui. La peur de tomber diminuera peu à peu, et avec elle les gesticulations désordonnées.

Alors même que les perfectionnements ainsi obtenus ne seraient pas considérables, on a le devoir de chercher à les provoquer. Grâce à eux, les malades retrouvent la confiance en eux-mêmes et l'espoir d'une amélioration progressive. Leur moral en subit toujours une heureuse influence.

C. — Les autres accidents qui surviennent au cours de la sclérose en plaques appartiennent également à d'autres affections du névraxe : troubles oculaires (nystagmus, paralysies des muscles extrinsèques et intrinsèques de l'œil), troubles viscéraux et sphinctériens, troubles trophiques de la peau, des muscles, etc. Tous ces symptômes sont justiciables des traitements généraux usités en neuro-pathologie et à la vertu desquels il est sage de ne pas accorder trop de crédit.

On y recourra cependant, ne fût-ce que pour offrir aux malades, avec cette série de mirages thérapeutiques, une série d'espérances dont chacune apportera quelques jours de soulagement.

On a tout tenté : l'*hydrothérapie*, l'*électricité*, la *suspension*, le *massage*, etc.; qui, tantôt ont produit des améliorations passagères, tantôt au contraire, exaspérant le tremblement, ont dû être interrompus.

Les *pointes de feu*, appliquées tous les dix jours, le long de la colonne vertébrale, sont une ressource dont il faut se souvenir, sans toutefois en exagérer les vertus.

Enfin, d'une façon générale, les malades se trouveront bien de prendre tous les huit jours un *purgatif* léger, et de se soumettre par périodes à une médication tonique (*gentiane*, *kola*, etc.).

D. — Heureusement, la sclérose en plaques subit dans son

évolution des rémissions assez fréquentes. Elle a des périodes d'accalmie, d'amélioration notable. Bien plus, des observations authentiques de *guérison* spontanée ont été signalées, en nombre assez grand pour permettre de présenter le pronostic de la maladie sous un jour moins sombre qu'on ne l'avait cru tout d'abord. Il ne faut jamais perdre de vue ces cas heureux.

Il faut aussi compter, et dans une mesure assez large, avec les pseudo-scléroses en plaques que l'*hystérie* simule admirablement. Une recherche minutieuse des stigmates de la névrose, et en particulier des troubles sensitifs, fort rares dans la vraie sclérose en plaques, s'impose donc avant d'instituer tout traitement.

Encore doit-on envisager les cas où les deux maladies se trouvent associées, la sclérose en plaques pouvant jouer le rôle d'agent provocateur de l'*hystérie*. Dans ces formes hybrides, on mettra à l'essai la médication bromurée (*bromure de potassium*, de *sodium*, ou *polybromure*), dont les heureux effets serviront à préciser la part qui incombe à la névrose.

Dans certains cas de sclérose en plaques avérée, Hammond aurait également obtenu quelques accalmies temporaires par l'emploi combiné et alterné du *chlorure de baryum* (0^{gr},05 trois fois par jour), et de la *teinture de jusquiame*, (1 à 2 grammes, trois fois par jour).

Des ictus apoplectiformes, suivis d'hémiplégie et parfois d'aphasie, ont été signalés au cours de la sclérose en plaques.

La possibilité de ces accidents commande une surveillance attentive de l'appareil vasculaire.

Il est donc logique de prescrire, de temps en temps, l'*iodure de potassium*, à doses moyennes, par périodes de quinze jours ou un mois, avec des intervalles de repos.

Enfin, bien que la syphilis ne semble pas jouer un rôle notable dans l'étiologie de la sclérose en plaques, on ne négligera pas de faire une enquête sérieuse à son sujet. Et dans les cas où le diagnostic est mal assuré, si l'infection syphilitique est certaine, on ne négligera pas d'en instituer le traitement.

E. — Dans tout ce qui précède, nous avons envisagé la sclérose en plaques sous son aspect clinique le plus fréquent, correspondant à la dissémination des lésions sur toute la hauteur du névraxe et donnant lieu à la forme dite *cérébro-spinale*.

Suivant la prédominance des localisations des plaques de sclérose, on a distingué plusieurs formes : *cérébrale*, *bulbaire*, *spinale*, caractérisées par la prédominance des troubles cérébraux, bulbaires, spinaux. Nous n'avons pas à revenir sur ces derniers.

En ce qui concerne les accidents cérébraux proprement dits, on ne peut que signaler leur rareté ; on ne les observe guère qu'à la période ultime, et dans quelques cas dont le diagnostic est mal défini. Les médications qu'on pourrait leur opposer sont des plus illusoires.

Mais, s'il est des formes cérébrales de sclérose en plaques où les sujets présentent réellement des troubles mentaux plus ou moins accentués, il ne faut se méprendre ni au faciès ni à la mimique de ceux qu'une localisation bulbaire fait ressembler à des imbéciles, ou même à des déments. Le masque hébété, la parole hésitante et scandée, les rires et les pleurs intempestifs, accessoires fréquents de la sclérose multiloculaire, ne sont souvent que l'expression d'un état spasmodique causé par une lésion qui laisse dans toute son intégrité le fonctionnement de l'écorce cérébrale.

Conservant leur intelligence, leur raison et leur jugement, ces malades ont simplement perdu la faculté de régler leurs gestes et leur mimique suivant la mesure ordinaire. Les contractions de leur visage dépassant, comme celles de leurs bras, le but proposé, produisent de ridicules grimaces et d'incompréhensibles gesticulations. Aussi les croit-on volontiers déraisonnables.

Il est prudent de ne pas oublier la nature toute spasmodique de ces signes aisément trompeurs et de se rappeler que les malades souffrent cruellement de cette impuissance à mesurer les expressions de leur pensée.

On commettrait une faute grossière en les traitant comme

des individus intellectuellement inférieurs. Il importe aussi que dans leur entourage ils ne soient pas considérés comme tels.

A ceux-là surtout, il faut éviter les émotions, les chagrins, les taquineries et jusqu'aux plus légers froissements. Car c'est faire œuvre de thérapeutique rationnelle que de réduire au minimum toutes les causes capables de surexciter le mécanisme irritable de leur excessive réflectivité.

F. — Cette description peu consolante des médications précieuses dont nous disposons pour lutter contre la sclérose en plaques ne saurait être définitive. Il est permis d'entrevoir le jour où l'on pourra lui opposer une thérapeutique plus efficace. Tout porte à croire que celle-ci sera dictée par l'étiologie de l'affection.

D'ores et déjà, on s'accorde pour admettre que la principale cause de la maladie, et peut-être la seule, — consiste dans une *infection*, ou mieux dans des *infections* (P. Marie). On la voit surtout apparaître à la suite de la fièvre typhoïde ou de la variole, plus rarement après une scarlatine, une rougeole, une coqueluche, la diphtérie, le choléra, etc.; très souvent, elle semble provoquée par l'impaludisme.

Le syndrome anatomo-clinique de la sclérose en plaques peut donc être considéré, à bon droit, comme le résultat de localisations infectieuses sur l'axe cérébro-spinal. Aussi, est-ce vraisemblablement la thérapeutique des maladies infectieuses qui, par ses progrès, permettra, dans l'avenir, d'enrayer l'évolution de la sclérose en plaques. Pour le présent, c'est en combattant les infections, par les moyens qui sont en notre pouvoir, que nous pouvons espérer voir diminuer peu à peu les exemples de cette redoutable complication.

CHAPITRE XXVIII

TRAITEMENT DE LA SYRINGOMYÉLIE

PAR

G. RAUZIER,

Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

I

Considérations générales.

La syringomyélie (Kahler et Schultze, 1882; Debove et Déjerine, 1889)¹ résume la pathologie de la substance grise médullaire. Dans sa forme la plus habituelle, elle est « anatomiquement constituée par des cavités anormales occupant les régions centrales de la moelle, et cliniquement caractérisée par des modifications spéciales de la sensibilité, par de l'atrophie musculaire et des troubles trophiques proprement dits ».

La syringomyélie n'est pas forcément une entité morbide; toute cause susceptible d'intéresser dans son ensemble la substance grise médullaire pourra en reproduire le tableau. Il s'agit par conséquent d'un *syndrome*², qui tantôt se manifestera isolément, tantôt surviendra secondairement au cours de processus anatomiques divers (pachyméningite cervicale

1. Une bibliographie complète de la question se trouve dans un récent article de DMITROFF (*Arch. f. Psych.*, 1896, t. 38 et 39).

2. GRASSET. — *Montpellier médical*, août 1889 et *Clinique médicale*, 1891, p. 186. — MARINESCO, *Congrès français des aliénistes et neurologistes*, Bordeaux, août 1895.