

vu de l'amélioration dans aucun de ces cas. Je commençais avec trois gouttes par jour et j'allais avec précaution jusqu'à dix et même, chez un de mes malades, j'ai été jusqu'à quinze gouttes. Ces hautes doses ne tardent point à produire de violentes nausées et des vomissements. Néanmoins, après avoir suspendu un peu l'emploi du médicament, je l'ai continué pendant plusieurs semaines, à la dose de trois gouttes. Chez le malade auquel j'ai donné les quinze gouttes, trois fois dans les vingt quatre heures, le phosphore fut excrété par les poumons pendant deux jours; l'haleine en exhalait fortement l'odeur, toutefois on n'a point observé que l'air expiré fût phosphorescent dans l'obscurité, phénomène que quelques médecins prétendent avoir constaté. Chez un autre malade qui prit un jour trois doses de dix gouttes, l'urine contenait une forte proportion de phosphates, présentant sous le microscope de magnifiques cristaux penniformes, lesquels disparurent quand on eut cessé l'emploi du médicament. En somme, à juger d'après l'expérience que j'en ai faite, le phosphore m'a paru peu utile et je suis d'avis que la dose d'huile phosphorée ne devrait jamais s'élever au-delà de cinq gouttes. J'ajouterai même qu'on ne saurait continuer cette dose, un peu longtemps, sans déranger l'estomac.

Au printemps de 1859, j'ai traité six cas de paraplégie avec le seigle ergoté, à la dose de 0,52 centigrammes, trois fois par jour. Ces cas ont été observés avec grand soin, et chez trois malades il y eut une amélioration bien caractérisée. Aussi, ce remède jouit-il momentanément d'une certaine faveur. Cependant, je dois ajouter qu'après leur sortie de l'hôpital, ces trois mêmes individus empirèrent de nouveau. Depuis cette époque, j'ai donné, dans treize autres cas de paraplégie, le seigle ergoté de la même manière et à doses croissantes, jusqu'à 0,65 centigrammes; mais bien que chez plusieurs malades il y ait eu un amendement temporaire, je suis disposé à l'attribuer, dans tous les cas, au repos et au bon régime de l'hôpital. Quelques-uns de mes malades ont pris l'ergot sans intermission deux mois durant, et deux, entre autres, pendant trois mois, non-seulement sans présenter de signe d'empoisonnement, mais sans en éprouver même le plus léger inconvénient.

Il se passe dans la corde spinale, les mêmes modifications structurales que nous avons constatées dans le cerveau, et à l'autopsie, dans les cas de vraie myélite, le ramollissement exsudatif se démontre facilement à l'aide du microscope. (Voir fig. 458.) Il est rare de rencontrer le ramollissement par imbibition séreuse; mais celui qui résulte de l'écrasement mécanique causé par les instruments après la mort, se présente souvent et doit être soigneusement distingué par le pathologiste. La méningite et l'hémorragie spinales sont des affections rares; la première est presque toujours le résultat de l'extension d'une méningite cérébrale (voir l'obs. XXXIII). Je n'ai jamais vu qu'un seul cas d'hémorragie spinale et c'était dans la salle de chirurgie de Miller. C'était chez une femme qui, étant ivre, avait reçu de son mari un coup de pied dans le cou, ce qui

avait déterminé une paralysie immédiate des quatre membres et du tronc. Elle succomba au bout de quatre jours et à l'ouverture du cadavre, on trouva un caillot de sang de la grosseur d'un pois au centre de la moelle, immédiatement au-dessous de la moelle-allongée, vis-à-vis de la seconde vertèbre. La portion externe de la moelle non plus que les vertèbres ne présentaient aucune lésion. Au microscope on reconnut que le caillot se composait de globules de sang récemment extravasés, et tout autour, il y avait un ramollissement par cause mécanique (1).

OBS. XXXIX (1). — *Ataxie locomotrice.*

COMMÉMORATIF. — John Hetherington, 55 ans, entré le 5 février 1870, assure qu'il s'était toujours bien porté, lorsqu'un soir à la fin d'octobre dernier, il revêtit une chemise de flanelle froide et un peu humide. Il n'y prit pas garde pour le moment mais en s'éveillant le matin, il éprouva un sentiment de raideur et de malaise dans le dos et dans les reins. Ces phénomènes ne tardèrent pas à se dissiper, pour être remplacés au bout d'une semaine ou deux par des douleurs erratiques s'étendant le plus souvent en travers de la région épigastrique. Ces douleurs épigastriques offraient d'abord un caractère gravatif; peu intenses au début, elles ne tardèrent pas à en venir au point d'empêcher le malade de dormir. Dans le principe, les selles étaient régulières, mais à la fin de novembre, il survint de la constipation. Cependant l'appétit restait bon, il n'y avait ni nausées, ni vomissement et les souffrances semblaient plutôt s'apaiser durant la période de plénitude de l'estomac. Vers la fin de novembre, le sujet commença à éprouver une sensation de froid dans les deux cuisses et dans la jambe gauche. Cette sensation se manifestait indépendamment de toute exposition au froid, seulement ce dernier l'exaspérait, la chaleur au contraire la dissipait. Cet état de choses empira graduellement; cependant, il ne s'était encore manifesté ni douleur aiguë ni aucun embarras dans la marche. Dans les premiers jours de décembre, après avoir passé la soirée près de son foyer et au moment de se lever pour aller au lit, il ressentit tout à coup de la raideur et de l'engourdissement dans tout le côté externe de la jambe gauche et de la cheville. Le lendemain matin, ces symptômes étaient plus prononcés et depuis lors, ce membre s'est de plus en plus embarrasé. En marchant, il sentait ses jambes ployer sous lui, surtout le cou-de-pied gauche et s'il lui arrivait de marcher sur quelque corps mou, il éprouvait la même sensation que s'il s'y fût enfoncé. Il consulta alors un médecin, lequel lui fit appliquer un vésicatoire à l'épigastre et lui prescrivit une bouteille, de l'eau de Spa à boire et des frictions sur la jambe avec de l'huile d'olives et de l'essence de térébenthine. Quelque temps après, il ressentit une douleur sourde et continue le long de l'épine du dos et dans la région lombaire. Un peu plus tard enfin, il remarqua dans sa jambe des soubresauts spasmodiques, s'accompagnant d'une sensation rapide comme l'éclair, mais qui n'était pas douloureuse. Dans les derniers jours de décembre, il observa pour la première fois que ses urines étaient troubles et s'échappaient même involontairement. Dans le but de prévenir cette incommodité, il se lève plusieurs fois la nuit mais parvient seulement à lâcher quelques gouttes d'urine; aussitôt qu'il se rassied

(1) On trouvera dans le *Monthly Journal of Medical Science*, mai 1847, un article du Dr Peddie où est relaté un cas intéressant d'hémorragie spinale véritable. Cet article donne le résumé de tous les cas observés à cette époque.

(2) Recueillie par M. Robert Spence, élève du service.

ou se recouche, ce liquide s'échappe malgré lui. Tendance à la constipation. Cependant tous ces symptômes s'aggravant de plus en plus, le malade consulta un autre médecin qui lui ordonna de l'eau d'orge avec un peu de carbonate de soude en solution et lui conseilla de venir à la Royal Infirmary. Vers ce même temps la jambe droite, à son tour commença à se prendre et il se présenta à l'hôpital où il fut reçu dans la salle de la clinique.

**SYMPTÔMES A L'ENTRÉE.** — Les fonctions cérébrales ne présentent rien de particulier; la vision est normale, à droite du moins, car l'œil gauche est en partie atrophié par suite d'une blessure reçue il y a 11 ou 12 ans. Le malade se plaint d'une douleur augmentant par la pression, dans la région lombaire, un peu à gauche de la colonne vertébrale. Les mouvements et la sensibilité sont intacts dans les membres supérieurs. La jambe gauche et le pied, sont le siège d'une sensation d'engourdissement; toutefois, la sensibilité n'y est pas diminuée. Ce membre présente en outre des soubresauts spasmodiques instantanés, que le malade est impuissant à réprimer. Ces spasmes se produisent par intervalles irréguliers et ne s'accompagnent d'aucune douleur. Si le malade est au lit les mouvements et la force dans les membres inférieurs ne semblent nullement affectés. Cependant il se rassied avec difficulté et pour sortir du lit il est obligé de soulever la jambe gauche avec les mains; la droite n'a pas besoin de semblable assistance. Il est incapable d'ailleurs, de se lever sans qu'on l'aide, et, lorsqu'il est debout, il tient les pieds fortement écartés, balance d'un côté à l'autre et se soutient avec difficulté; lui fait-on fermer les yeux, il tombe aussitôt. Il ne marche qu'appuyé sur un bâton et encore avec peine et en traînant le pied gauche sur le plancher, il lui est surtout difficile de tourner sur lui-même. Il se plaint d'avoir le sommeil sans cesse interrompu par des envies d'uriner ou même parce que l'urine s'échappe involontairement quand il dort. Comme il a déjà été dit, s'il se lève il rend seulement quelques gouttes et du moment qu'il se recouche le liquide s'échappe tout seul, et la fonction une fois en train continue jusqu'au bout malgré les efforts de la volonté. Urine fortement colorée, à réaction acide; pesanteur spécifique 1025; Chlorures en abondance; pas d'albumine, absence de phosphates. La langue, hors de la bouche, reste sur la ligne médiane; elle est humide mais chargée d'un enduit blanchâtre; pas de soif; appétit naturel; constipation; peau fraîche; pas de sueurs. Rien à noter du côté des autres fonctions. Pr. *Infus. de quassia* 200 gram.; *Teinture de quassia* 28 gram. m. En prendre deux cuillerées avant les repas. Régime comme suit: (Déjeuner: pain 170 gram. Café 1/4 de litre. Un œuf. Dîner: pommes de terre 450 gram. Beefsteak 115 gram. beef tea 1/2 litre. Souper: pain 170 gr. thé 1/4 de litre). Vin de Xères 115 gr. lait 1/4 de litre.

**MARCHE DE LA MALADIE.** — 10 février. État général sans changement. Le malade garde le lit; quand il veut s'asseoir il éprouve de la douleur dans la région lombaire. Cette douleur s'accroît par la pression à trois centimètres de chaque côté de la colonne spécialement à droite, mais non en pressant sur les épines des vertèbres. — 14 février. L'appétit se maintient. La douleur de la région lombaire persiste surtout à droite. Durant ces deux ou trois derniers jours il a éprouvé un peu d'engourdissement dans la jambe et dans le pied droits; toutefois ce membre est moins atteint que son congénère. — 21 février. Même état; vésicatoire 8 × 8 centimètres à la région lombaire. — 25 février. Le vésicatoire n'a produit aucun effet avantageux. Le malade se tourmente beaucoup à cause de sa constipation; il voudrait qu'on lui donnât un laxatif tous les jours ou tous les deux jours; il se plaint qu'on ne fasse rien pour lui. On lui prescrit une bouteille colorée avec du safran. On tâche de lui faire faire quelque exercice et à cet effet le malade essaie deux ou trois fois par jour, pendant 5 ou 10 minutes, de se traîner dans la salle, en se soutenant des mains sur le dossier de deux chaises. Au bout de quelque temps, après avoir essayé de béquilles, il parvient à se maintenir suffisamment et plus commodément à l'aide

de deux bâtons. — 15 mars. Il trouve que l'exercice lui fait du bien et qu'il n'a jamais été aussi libre depuis son entrée à l'hôpital. Cependant, il continue à se plaindre de constipation, de douleur et d'un sentiment de constriction dans la région iliaque et hypogastrique. Les intestins ne se débarrassent qu'à l'aide de laxatifs. L'appétit reste bon.

17 mars. A la visite de ce jour, le malade s'assied sur son lit avec assez d'aisance. La motilité et la sensibilité semblent naturelles, lorsqu'il est couché. Il sait même, sur le lit, changer les deux jambes d'une place à l'autre, sans y employer les mains. Il parvient à se lever et à se mettre debout, sans l'assistance de personne, sauf de ses mains et de l'appui de son lit. Les yeux étant ouverts, il se tient debout, mais si on les lui fait fermer, il tombe aussitôt. Il ne s'aide plus pour la marche que d'un seul bâton; au reste, il est plus ferme que le 7 février; ses jambes ne s'écartent plus autant, seulement le pied droit traîne un peu; le gauche continue de raser le sol comme en fauchant. L'acte de tourner est toujours dangereux, et par prudence le malade s'appuie contre un lit au moment de s'y préparer. En somme, sa démarche montre plus de fermeté qu'autrefois. Au moment de rentrer dans son lit, on lui voit lever les jambes l'une après l'autre, en s'aidant de ses mains. Les petites contractions spasmodiques, notées ci-devant, se produisent toujours de temps en temps, surtout après avoir marché. L'incontinence d'urine persiste également. Constipation et douleurs abdominales passagères. Appétit naturel. On appliquera tous les jours, durant quelques instants, le courant galvanique interrompu, à la plante des pieds, placés dans l'eau. Pr. Nitrate d'argent cristallisé, 0,77 centigr. Extrait de gentiane, 8 gram., pour faire 48 pilules, dont le malade prendra deux, matin et soir. — 28 mars. On a continué le nitrate d'argent et le galvanisme. Le malade a toujours la même peine à sortir de son lit. Cependant il marche avec un peu plus de facilité, en levant les pieds au-dessus du sol; le moment de tourner est toujours critique. La station avec les yeux ouverts est aisée, mais il y a danger de chute dès qu'ils se ferment. — 27 avril. Le malade dort bien; il prétend avoir l'usage de ses facultés intellectuelles aussi complet qu'avant sa maladie. La vision de l'œil s'est un peu affaiblie; les autres sens n'offrent rien à noter. Aucune sensibilité morbide le long de l'échine, si ce n'est dans la région des reins, lors de la marche. Les bras ont conservé leur motilité et leur sensibilité naturelles; en un mot, il n'existe aucun trouble notable dans les fonctions nerveuses au-dessus du bassin. Inférieurement, les sensations tactiles se transmettent avec lenteur. Il n'existe d'hypéresthésie nulle part, pas de douleurs dans les membres inférieurs, mais un sentiment de constriction, de raideur et de malaise s'étendant en demi-ceinture, autour du côté gauche du tronc, à partir de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Par moments, cette sensation se transforme en une douleur sourde. Le malade accuse encore un sentiment de pesanteur à la région du périnée et du rectum, principalement en allant à la garde-robe. Actuellement il sent ses extrémités inférieures, tandis qu'auparavant, on pouvait lui croiser les jambes, sans qu'il s'en aperçût, si on le faisait pendant que ses yeux étaient fermés. Toutefois, cette absence étrange de sensibilité et de conscience musculaire se remarque encore de temps en temps. Il n'éprouve pas de chatouillement dans les jambes, mais une sorte d'engourdissement. Si on le chatouille à la plante des pieds, il le sent mieux, dit-il, à gauche qu'à droite, mais la jambe droite est le siège de petits soubresauts, qui se produisent très rarement dans la gauche. Il éprouve de la fatigue pour le moindre effort et il est très sensible au froid, lequel l'engourdirait très vite. Parfois, en marchant, dit-il, ses jambes, semblent se dérober sous lui, particulièrement la gauche; cependant il n'éprouve pas cette sensation comme s'il marchait sur des ressorts, au contraire le sol lui semble bien solide. Sa force musculaire est naturelle. Il éprouve fréquemment des soubresauts spasmodiques dans les jambes, lorsqu'il est au lit, surtout dans la

gauche, où il les a notés en premier lieu. Si on lui dit de sortir de son lit, il le fait sans avoir besoin de ses mains pour soulever ses jambes. Pour se rasseoir, il appuie les deux poings sur le lit, de chaque côté du siège, et à l'aide de ses bras il se soulève lentement et avec effort. Lorsqu'il se lève, il pousse ses talons assez loin sous le lit, afin de pouvoir donner un point d'appui à ses jambes. Si debout on lui fait fermer les yeux, il se balance d'un côté à l'autre et tombe généralement en arrière et à gauche. Le force-t-on à marcher sans bâton, on lui voit faire de tout petits pas, de quelques centimètres, sans trainer les pieds. D'ordinaire le pied pose tout d'une pièce sur le sol, mais souvent aussi, c'est le talon qui touche d'abord. Pour tourner, étant privé de support, on le voit se préparer quelque temps, faire un long effort, et finir par tomber en avant. Si on lui laisse son bâton, il enjambe beaucoup mieux et tourne passablement bien, toujours sans trainer les pieds; avec deux bâtons, il fait des pas ordinaires et tourne aisément, mais encore avec quelque lenteur. Quand on lui demande à quel moment il éprouve le plus de difficulté, « c'est au moment de partir, répond-il, car me sentant raide et engourdi, j'ai peur de mettre un pied devant l'autre. » Après avoir marché quelque temps, il tourne mieux qu'en commençant. Il descend les escaliers avec facilité, pourvu qu'il y ait une rampe, sur laquelle il puisse appuyer une main, pendant que de l'autre il se soutient sur son bâton. La marche est un peu saccadée et bien que les pieds ne traînent pas sur le sol, ils ne se lèvent qu'à demi et le malade est sans cesse occupé à regarder devant lui, pour se diriger. Pour rentrer dans son lit, il commence par s'asseoir, puis ramenant les deux mains fermées de chaque côté du siège, il se soulève et se traîne un peu plus avant dans le lit; alors s'étant tourné, il lève les jambes l'une après l'autre, sans l'assistance des mains. La constipation persiste et le malade ne va à la garde-robe qu'à l'aide de laxatifs, tous les 4 à 5 jours; il ne sent pas le passage des matières fécales. Ces dernières sont naturelles, mais rendues en abondance, dures, très foncées en couleur et même presque noires. L'incontinence d'urine continue; ce liquide s'échappe de temps en temps goutte à goutte, surtout au moment où le malade commence son repas. L'état général se soutient.

— 4 mai. Le malade a continué de prendre 0,05 centigrammes de nitrate d'argent, matin et soir, et on lui a fait des applications quotidiennes du courant galvanique interrompu, à la plante des pieds. Il se sent mieux, dit-il, cependant il n'attribue pas l'honneur de cet amendement à ses pilules, mais bien à l'exercice auquel il se livre. — 7 mai. On prescrit : *Sirop de phosphate de fer, de quinine et de strychnine, 85 gram.; une cuillerée à thé trois fois par jour.* Le malade est fatigué de son régime et de sa détention à l'hôpital; il demande à s'en aller, ce qui lui est accordé.

*Commentaire.* — Le trait caractéristique de l'ataxie locomotrice, c'est que la motilité et la sensibilité semblent peu affectées tant que le malade est couché dans son lit. Mais dès qu'il tente d'exécuter un mouvement combiné, et dans un certain but, comme pour lever la jambe, pour se tenir debout ou pour marcher, la fonction musculaire s'embarrasse et devient impuissante. Il y a là une défaillance de la faculté de coordination, du sentiment de résistance ou de ce sens musculaire, lequel par suite de l'éducation et de l'habitude, donne à l'individu la faculté d'associer l'action de ses divers muscles dans l'accomplissement d'un dessein voulu. Certains physiologistes ont placé le sens de la résistance ou sens musculaire dans les muscles eux-mêmes, d'autres dans le cervelet, d'autres encore dans la moelle épinière. C'est là un point encore débattu. Il est rare que dans nos hôpitaux nous ayons l'occasion de vérifier à l'autopsie les lésions anatomiques propres à cette maladie. Il y a longtemps que j'ai cru devoir en

localiser le siège primitif dans la substance grise de la corde spinale. Dans un cas de ma pratique privée où j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie, il y a quatre ans, j'ai constaté les lésions ordinaires d'un ramollissement chronique de la moelle épinière, associées avec une multitude de corps amylicés. D'autres pathologistes ont aussi rencontré les mêmes altérations; de sorte que la lésion anatomique réelle, dans cette maladie, doit être une myélite chronique, s'attaquant à la substance grise d'abord des colonnes postérieures, et finalement des cordons antérieurs. D'où, par suite de la destruction progressive des filaments de communication entre les cellules nerveuses dans la substance grise centrale, ce manque d'union et de coordination des mouvements, qui fait le caractère propre de cette maladie. On trouvera, tracés de main de maître, des tableaux admirables comprenant la symptomatologie, le diagnostic et la pathologie de cette affection, dans les œuvres de Duchenne (de Boulogne) et dans les leçons cliniques de Trousseau.

Il est une autre maladie, la paralysie progressive des aliénés, offrant dans son cours, quelques traits de ressemblance avec celle-ci, notamment un certain défaut de coordination des mouvements et souvent la diminution de la sensibilité dans les extrémités inférieures. Mais dans la paralysie progressive, ces troubles de la motilité et de la sensibilité ne se montrent qu'à une période avancée et ont été constamment précédés et s'accompagnent de dérangements dans le caractère, dans les habitudes, dans les facultés affectives et intellectuelles, en un mot de manifestations mentales, ayant le plus souvent le caractère d'un délire ambitieux, au moins au début. Il se montre également au début, un tremblement particulier de la langue avec lenteur, embarras et certaine altération de la prononciation, tous symptômes auxquels un esprit attentif ne saurait être trompé. Le malheureux atteint de paralysie progressive et déjà frappé plus ou moins d'aliénation mentale tandis que l'ataxique conserve jusqu'à la fin l'intégrité de ses facultés, ce qui correspond d'ailleurs avec la différence du siège des lésions : à la périphérie du cerveau dans le premier cas, et à la corde spinale dans le second.

En abordant la question du traitement, je commencerai par vous dire que je ne connais aucune méthode à laquelle il faille ajouter quelque créance. Souvent, il est vrai, nous voyons de ces malades, surtout parmi ceux qui ont été soumis à de grandes fatigues, se trouver positivement mieux après quelque temps de séjour à l'hôpital. Le repos au lit, un régime réglé, l'absence de tout labeur pénible de corps ou d'esprit, contribuent à faire diminuer l'intensité des symptômes et ainsi à amender l'état général. C'est ce que nous avons pu constater dans le cas actuel. Bientôt cependant notre homme se plaignit de n'être point médicamenté, et on lui ordonna une bouteille colorée afin de ne pas le décourager. Dans la suite, je lui prescrivis pourtant 0,065 millig. de nitrate d'argent à prendre en deux fois dans la journée, ainsi que l'a recommandé Wunderlich. En même temps on lui faisait des applications journalières du courant galvanique inter-

rompu, à la plante des pieds. Sous l'influence de cette médication un nouvel amendement se manifesta. Cependant la maladie persiste dans ce qu'elle a d'essentiel. Enfin le malade fatigué du séjour de l'hôpital demanda à s'en aller. Il en est d'ailleurs généralement ainsi de tous les cas hospitaliers. J'ai autrefois donné la strychnine à un certain nombre de ces malades, mais sans en retirer le moindre avantage. L'électricité et surtout les courants constants appliqués sur l'épine dorsale, ou de la moelle aux nerfs, ont produit des résultats avantageux entre les mains de Remak (de Berlin) et de Benedikt (de Vienne). Quoi qu'il en soit on ne saurait peut-être pas encore citer un seul cas de guérison bien avérée de cette maladie.

Obs. XL (1). — *Atrophie musculaire progressive.*

COMMÉMORATIF. — James Turnbull, 56 ans, célibataire, magasinier, entré le 18 mai 1866, a mené une vie régulière et joui d'une excellente santé jusqu'à l'année dernière. Il a bien eu un chancre il y a une douzaine d'années, mais cet accident n'eut aucune suite constitutionnelle. L'année dernière, vers cette même époque, il s'aperçut d'une certaine faiblesse musculaire dans le mollet et dans le pied gauches, puis, au bout de deux mois, ce fut le tour de l'autre jambe. Cependant les symptômes primitifs continuèrent de s'aggraver peu à peu, si bien que quatre mois plus tard, la faiblesse des extrémités inférieures était telle qu'il pouvait à peine marcher. Il y a environ deux mois, la main droite et le bras commencèrent à se prendre de la même manière; enfin, un mois après, l'autre membre était également atteint. En quelques semaines le malade était devenu incapable d'écrire et d'être employé à une occupation quelconque. Il ajoute que depuis quinze mois déjà il était obligé de faire des efforts considérables pour aller à la selle ou même pour uriner; par moments au contraire il avait peine à se retenir et il lui est arrivé maintes fois de lâcher l'eau involontairement, surtout durant le sommeil. Il n'a aucune idée de ce qui a pu amener sa maladie; il ne s'est d'ailleurs jamais livré à des exercices musculaires exagérés. On l'a traité par des vésicatoires sur le sacrum et par la strychnine à l'intérieur, mais sans aucun résultat.

SYMPTÔMES À L'ENTRÉE. — Les muscles sont généralement amaigris, mais non à un degré extrême. Le teint est terreux, la paupière gauche est légèrement tombante et tout ce côté de la face est un peu plus aplati et plus atteint que l'autre, la pupille est aussi un peu plus large que celle de l'autre côté; cependant toutes deux sont assez étroites. Les muscles de la poitrine sont fortement endommagés et ceux qui recouvrent l'omoplate droite sont plus atrophiés et offrent moins de fermeté que ceux de l'omoplate gauche. Les membres supérieurs, de même que les inférieurs, sont notablement diminués de volume, comme on en peut juger par les mesures suivantes :

	A DROITE.	A GAUCHE.
Circonférence du bras, où elle est le plus forte	0 <sup>m</sup> 215	0 <sup>m</sup> 202
» avant bras »	0 <sup>m</sup> 202	0 <sup>m</sup> 202
» haut de la cuisse »	0 <sup>m</sup> 555	0 <sup>m</sup> 580
» jambe »	0 <sup>m</sup> 266	0 <sup>m</sup> 254

Les muscles fessiers sont amincis et cette région est presque plate. Nulle part on ne découvre de sensibilité morbide le long de la colonne vertébrale. On y observe

(1) Recueillie par M. W.-H. Carruthers, élève du service.

néanmoins une légère incurvation latérale entre les 5<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> vertèbres dorsales. La sensibilité ne laisse rien à désirer en aucun endroit du corps. Les mouvements s'accompagnent fréquemment de spasmes et de soubresauts de nature choréique. Le malade est hors d'état de marcher, même avec deux bâtons; bien plus, il est incapable de se lever et de se tenir debout sans support. Lorsqu'on lui demande de fermer les yeux, il commence de suite à chanceler et tomberait en avant si on ne le retenait. Tous les mouvements des membres sont conservés, et le malade parvient à les exécuter étant couché, seulement ils sont faibles et impuissants. Les membres supérieurs sont moins affectés que les inférieurs mais le malade ne saurait tenir une plume ni même exécuter le moindre travail avec les mains. Les fonctions digestives, respiratoires et circulatoires sont normales.

MARCHE DE LA MALADIE. — 24 mai. On prescrit : *strychnine* 0,05 centigr.; *acide acétique*, dilué 4 gram. Eau com. 170 gram. Une cuillerée et demie trois fois par jour. — 26 mai. On applique pendant 10 à 15 minutes, le courant interrompu d'une batterie galvanique, sur les membres supérieurs et inférieurs. — 27 mai. On cesse l'administration de la strychnine. — 30 mai. On a continué l'emploi du galvanisme et le malade se dit mieux. — 10 juillet. On a appliqué journellement le galvanisme et le malade dit qu'il remue les jambes plus librement qu'avant son entrée à l'hôpital et qu'il se tient debout avec moins de peine, — 28 juillet. Il demande sa sortie.

Commentaire. — Cette affection fut soigneusement décrite par Cooke dès 1795; plus tard par sir C. Bell (1850), par Mayo (1856), enfin par Duchenne (de Boulogne) qui lui donna son nom actuel (1849). Aran (1849), Meryon (1858), Cruveilhier (1855-1858) et Roberts (1858), publièrent également sur ce sujet des travaux remarquables. Les pathologistes ont beaucoup discuté sur la nature intime de cette maladie. Les uns y ont vu une altération primitive des muscles, d'autres une lésion de la corde spinale, et notamment des racines antérieures, de la substance grise ou des racines postérieures. Il n'est nullement douteux que les fascicules musculaires, au moins dans les cas avancés, ne soient plus ou moins atrophiés et n'aient subi la dégénérescence graisseuse (voir p. 527); cependant le caractère symétrique de l'affection — les muscles correspondants des deux côtés du corps étant d'ordinaire atteints — me porte à la rattacher plutôt à une origine nerveuse. Un certain nombre d'autopsies minutieusement pratiquées par le Dr Lockhart Clarke, de Londres, démontre que la corde spinale dans ces cas, est le siège d'une espèce particulière de ramollissement auquel je me suis permis de donner le nom de ramollissement moléculaire. Il consiste dans une dégénérescence ou déliquescence de la substance grise, présentant sous le microscope une structure moléculaire extrêmement fine, plus fine même que la base moléculaire du chyle. Ce ramollissement de la substance grise détruit graduellement les filaments conducteurs excito-nutritifs et l'atrophie en est la conséquence.

Le malade qui fait le sujet de cette observation, avait atteint un degré extrême de l'affection. Celle-ci pourtant se borne parfois à une certaine série de muscles des extrémités et du tronc même à certains faisceaux d'un muscle, mais elle a une tendance à en envahir sans cesse de nouveaux. Une particularité digne d'être notée, c'est le siège de prédilection

de cette atrophie, à son début, pour les membres supérieurs et spécialement pour les muscles de la main, entre autres pour ceux des éminences thénar et hypothénar et pour les interosseux.

Jusqu'à une période très avancée la maladie se borne aux muscles volontaires et les fonctions végétatives continuent de se faire parfaitement. Le début et le développement du mal s'accompagne bien plus souvent de petites contractions fibrillaires que de soubresauts, comme chez notre malade. Les parties affectées peuvent être aussi le siège de douleurs névralgiques, ce qui est assez rare, de fourmillements, d'une sensation de froid, d'une diminution de la sensibilité musculaire. On a vu survenir de la paralysie de la vessie et du rectum. En un mot le mal se caractérise par un affaiblissement ou par la suppression de la motilité dans la partie affectée. A l'inverse de ce que nous avons vu dans l'ataxie locomotrice, le trouble de la motilité n'est point sous la dépendance immédiate des centres nerveux mais bien de l'état plus ou moins avancé de la dégradation graisseuse de l'élément musculaire.

Le peu que nous avons dit concernant le traitement de l'ataxie locomotrice pourrait s'appliquer à l'atrophie musculaire progressive; seulement cette dernière semble encore laisser moins d'espoir d'amélioration.

OBS. XLI (1). — *Paraplégie. — Carie tuberculeuse des vertèbres dorsales. — Myélite. — Tubercules pulmonaires.*

COMMÉMORATIF. — William Walker, 42 ans, maçon, fut reçu le 17 octobre 1830. Il raconte qu'il y a plus de douze ans, il souffrit de temps en temps d'une toux habituellement sèche et s'accompagnant de douleur vers la partie inférieure et moyenne de la poitrine, douleur s'étendant en arrière jusque dans les vertèbres dorsales. Depuis trois mois, cette douleur et cette toux sont devenues plus persistantes et il y a des transpirations nocturnes. Environ deux semaines avant son entrée, il éprouva du picotement avec froid aux pieds, en même temps que de l'incertitude dans la marche, surtout dans le pied gauche. Il y a deux jours, à la suite d'une longue marche, ces symptômes s'aggravèrent et n'ont fait qu'augmenter depuis lors, à tel point qu'aujourd'hui le malade est incapable de se servir de ses jambes; tout au plus sait-il plier un peu le genou. La sensibilité des téguments n'est pas affectée.

SYMPTÔMES A L'ENTRÉE. — Le malade a l'air d'avoir maigri et d'être inquiet. Il ne se plaint pas de céphalalgie ni même de douleur dans le dos, sauf entre les épaules. Il ne saurait se tenir debout sans appui et, lorsqu'il essaie de marcher, il chancelle et tomberait, s'il n'était soutenu. Dans le lit, il remue assez librement les jambes, où il éprouve fréquemment une sensation de froid. Les membres supérieurs n'offrent rien d'anormal. De temps en temps, il y a de la toux et un peu d'expectoration. A la percussion on ne perçoit aucune matité ni d'un côté ni de l'autre, au moins en avant. A l'auscultation, le murmure respiratoire au sommet des poumons présente plus de rudesse et est plus bruyant qu'à l'état normal. L'urine ne contient point d'albumine, mais des urates en abondance; parfois elle est rendue avec difficulté. Les autres fonctions sont normales.

MARCHE DE LA MALADIE. — La paralysie s'est peu à peu aggravée. Le malade ne

(1) Recueillie par M. Sanderson, élève du service.

saurait se tenir debout, bien que, dans le lit, il sache plier un peu les genoux et les orteils. Dans ces derniers temps, il s'est formé un gonflement au niveau des vertèbres dorsales inférieures et des premières lombaires. Cette tuméfaction mesure douze centimètres et demi en longueur, et sept et demi en largeur. Les urines sont chargées de phosphates et rendues involontairement, de même que les selles. La santé générale a notablement baissé. Il se produit des contractions douloureuses dans les membres paralysés; bientôt l'amaigrissement devient extrême; il existe une forte toux ramenant une abondante expectoration. Plusieurs eschares se sont formées sur les deux hanches, malgré un matelas à eau et bien que l'on ait pris les plus grandes peines, afin de les éviter. Durant la dernière quinzaine de février et la première de mars, il se forma, au-dessus de la clavicule droite, un abcès qui s'ouvrit spontanément le 13 du mois susdit, et laissa écouler environ 230 grammes de pus. Comme le murmure respiratoire continue de s'entendre au sommet du poumon droit, on en peut conclure que l'abcès a sa source dans la colonne vertébrale. Le malade continue aussi de perdre chaque jour une grande quantité de pus qui s'échappe à chaque inspiration. — 24 mars. L'épuisement est profond; le pouls est faible et irrégulier. La nuit il y a du délire loquace et l'expectoration ne se fait plus qu'avec peine, par manque de force. Enfin le malade meurt dans la soirée.

Comme traitement, on a d'abord appliqué de temps en temps quelques saignées le long de la colonne; on a donné des purgatifs et finalement, on en est venu aux moyens destinés à pallier les symptômes spinaux.

*Autopsie. — Quarante-huit heures après la mort.*

Le corps est pâle et considérablement amaigri.

Sur la hanche gauche on remarque d'abord un vaste ulcère, mesurant près de dix-huit centimètres dans son plus grand diamètre, de haut en bas, et quinze en travers. La surface de cette plaie est irrégulière et, en certains endroits, à plus de deux centimètres au-dessous du niveau de la peau. Partout elle est recouverte d'une matière ichoreuse, tirant sur le vert sale. L'ulcération de la hanche droite est plus petite et arrondie; elle a environ cinq centimètres de diamètre. Sur la colonne vertébrale, entre ces ulcérations et un peu au-dessus, on voit un gonflement circonscrit, ovalaire, mesurant douze centimètres et demi sur sept et demi. Il est ferme et résistant au toucher; en l'incisant, on voit qu'il est formé par une hypertrophie du derme qui a environ six millimètres d'épaisseur et par une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire. A l'endroit de la septième vertèbre cervicale et des deux premières dorsales, on remarque une légère incurvation angulaire de la colonne; la peau qui recouvre cette saillie présente une tache de couleur violacée. Une ouverture fistuleuse un peu moins large qu'un demi franc, se remarque à environ cinq centimètres au-dessus de la partie médiane de la clavicule droite. En suivant ce trajet, on traverse une cavité derrière la veine sous-clavière et dirigée en arrière, vers le tubercule de la première côte que l'on trouve rugueux et carié; de là, on continue vers les quatre premières vertèbres dorsales, dont les corps sont envahis par la carie, dans toute leur épaisseur. Le périoste est séparé des os et forme en avant, une poche remplie de pus en communication avec le sinus externe. On voit le tissu spongieux des os affectés, plus ou moins infiltré de pus, mélangé à de l'exsudat tuberculeux ramolli. Les lames postérieures des premières vertèbres dorsales notamment, avaient pris par suite de cette dernière cause, une consistance caséeuse.

CORDE SPINALE. — Les membranes sont intactes. A l'extérieur, la moelle ne présente aucune trace de maladie, mais quand on y pratique une section longitudinale, on y reconnaît manifestement un point de ramollissement de deux centimètres et demi, à l'endroit des premières vertèbres dorsales. Le tissu blanc ramolli