

J'ai supposé, dans la description qui précède, que la paralysie, locale d'abord, envahissait progressivement toutes les parties du corps. Telle n'est pas la pensée de M. Jules Falret, auteur d'une excellente thèse : il dit qu'il n'est pas possible de préciser le point du corps par lequel la paralysie débute, qu'elle paraît être d'emblée générale, et qu'elle est seulement plus appréciable dans certaines parties destinées à exécuter des actes plus délicats ; que la paralysie, par conséquent, ne serait pas progressive en s'étendant d'un lieu dans un autre, mais parce que, commençant d'une manière insensible dans toutes les parties du corps à la fois, elle augmenterait progressivement d'intensité, n'arrivant jamais au point d'être complète, absolue : c'est là, en effet, comme je l'ai dit plus haut, un caractère remarquable de cette paralysie. On a reconnu aussi qu'à toutes les périodes de l'affection les muscles conservaient leur contractilité électrique.

Terminaisons. — Il est douteux qu'on ait jamais guéri une paralysie progressive. La maladie peut être parfois enrayée dans son cours, mais les malades conservent toujours un certain degré de faiblesse ou de roideur, et tôt ou tard les accidents qu'on croyait conjurés reprennent leur marche ascendante.

Durée. — La paralysie progressive est une affection essentiellement chronique et d'une durée presque toujours longue et indéterminée. On dit l'avoir vue se juger en quelques semaines chez les aliénés. Elle peut avoir une marche subaiguë, il existe alors de fréquentes congestions cérébrales. M. Calmeil a fixé sa durée moyenne à treize mois, Bayle à dix, M. Parchappe à un peu plus d'un an. Cette durée pourtant paraît être beaucoup plus longue pour la paralysie progressive qui ne se complique pas d'aliénation mentale.

Diagnostic. — Le diagnostic de la paralysie générale est communément facile. On soupçonnera cette affection lorsqu'on verra survenir de temps en temps un embarras de la parole, ou du bégayement et une inégalité des deux pupilles. Lorsque plus tard, à ce phénomène devenu ou non permanent, il se joint une démarche chancelante, lorsque les individus sont impuissants, et s'ils ne délirent pas encore, lorsque leurs facultés intellectuelles et la mémoire surtout auront éprouvé une dépression plus ou moins grande, lorsqu'ils auront moins d'aptitude pour les travaux du corps comme pour ceux de l'esprit, il ne sera pas possible de méconnaître l'affection. L'hémorragie cérébrale et même le ramollissement ne peuvent pas simuler la paralysie générale, toutes les fois qu'il y a hémiplegie, obtusion des facultés sans délire proprement dit. Cependant il est vrai de dire qu'à une période avancée de ces affections, la paralysie se généralise parfois, et que l'on peut voir survenir un délire plus ou moins analogue à celui qu'on rencontre communément dans la paralysie générale. Dans ce cas, on ne peut être éclairé que par la marche de l'affection. Les tumeurs intra-crâniennes peuvent bien aussi produire quelques accidents analogues à ceux de la paralysie progressive, cependant il y a communément alors une céphalalgie violente, de l'hémiplegie, des troubles des sens, des mouvements convulsifs épileptiformes ; au milieu de ces désordres, l'intelligence peut rester nette ; le plus souvent elle n'est qu'obtusée, et cela pendant presque toute la durée de la maladie.

L'atrophie musculaire progressive, que nous décrirons dans le tome II, ne ressemble en rien à la paralysie générale ; car la première est essentiellement caractérisée par l'atrophie de la fibre musculaire, qui agit et se contracte jusqu'à ce qu'elle ait été transformée ou détruite. De plus, la destruction se fait inégalement, en quelque sorte capricieusement ; de sorte que dans le même membre, à côté d'un muscle détruit, se trouve un muscle que la maladie a respecté. Dans la paralysie progressive, au contraire, la nutrition du muscle

persiste, et si le malade tombe dans le marasme, on voit l'atrophie frapper en masse tout le système musculaire.

Je n'établis aucune distinction entre la paralysie progressive qu'on observe dans les hôpitaux ordinaires et celle qui règne dans les établissements d'aliénés. C'est, en effet, dans l'un et l'autre cas la même affection. Ce sont les mêmes accidents paralytiques, ils suivent exactement la même marche ; seuls les troubles intellectuels diffèrent plus ou moins. Ils peuvent, dit-on, manquer. Je crois qu'il n'en est rien, et qu'en interrogeant les individus avec soin, on constatera aisément chez tous une obtusion plus ou moins grande des facultés, parfois certaines aberrations ; et puis enfin ces individus, que tous considéreraient comme raisonnables et suffisamment intelligents, se livrent tôt ou tard à des actes de fureur, à des excentricités qui forcent à les enfermer ; le plus souvent, au lieu de cette excitation, leurs facultés s'éteignent et ils arrivent à cette dégradation qui caractérise la démence.

Pronostic. — Il est excessivement grave, car tout porte à penser que l'affection est incurable. La paralysie qui se complique d'aliénation est, toutes choses égales d'ailleurs, plus fâcheuse que la paralysie simple ; celle qui a une marche continue est plus grave, et elle a une durée plus courte que celle qui offre des alternatives, des suspensions plus ou moins longues.

Étiologie. — Les causes qui donnent lieu à la paralysie progressive sont extrêmement obscures. On peut dire que c'est une affection de la période moyenne de la vie. Dans les maisons d'aliénés, la maladie atteint beaucoup plus souvent les hommes que les femmes, et elle est plus commune chez les individus vigoureux. Les personnes de la classe aisée y sont aussi plus sujettes que celles appartenant à la classe pauvre. L'affection semble quelquefois produite par l'abus du tabac et des liqueurs fortes ; les excès vénériens, les fatigues excessives ont peut-être le même effet, toutefois nous ne savons encore rien de précis à cet égard.

La paralysie générale est assez souvent consécutive à une hémorragie ou à un ramollissement du cerveau. Les pellagresux présentent souvent aussi les symptômes de la paralysie générale.

Traitement. — Le traitement de la paralysie progressive est difficile à tracer. Les indications, en effet, sont peu précises ; en général on n'a à combattre que des accidents et des complications. Ainsi, aux congestions qui se déclarent fréquemment vers l'encéphale, surtout chez les déments paralytiques, on opposera quelques sangsues à l'anus ou derrière les oreilles, ainsi que des révulsifs sur la peau et sur le tube digestif. Il ne faut recourir à la saignée générale qu'avec une extrême prudence, car il est reconnu qu'elle aggrave plutôt la paralysie qu'elle ne l'arrête dans sa marche.

S'il existe des souffrances vives, des contractures douloureuses, on aura recours à des bains tièdes, à des embrocations calmantes, et l'on donnera à l'intérieur des sédatifs et des antispasmodiques ; mais il est bon d'être averti que ces remèdes sont rarement efficaces.

Les exutoires promenés le long du dos ou à la nuque, les cautérisations transcurrentes, n'ont guère produit d'amélioration durable ; il en est de même des bains sulfureux, des bains de mer et des eaux thermales prises en bains et en douches. L'électricité a été également employée sans avantage marqué pour les malades.

DE LA MYÉLITE

Le mot *myélite* sert à désigner l'inflammation du tissu de la moelle épinière.

Historique. — On a voulu faire remonter jusqu'à Hippocrate la connaissance de la myélite; mais rien de précis sur cette affection n'a été dit par le père de la médecine. Ce n'est que depuis un demi-siècle que l'histoire de la myélite a été positivement tracée par Hafner d'abord (1), par Heer (2), par Barbaroux (3), par Harless, qui paraît lui avoir donné son nom (4). Mais à cette époque la myélite était mal distinguée de la méningite et de quelques autres affections; on trouve cette confusion jusque dans Jos. Frank (5). Ollivier, un des premiers, a tracé une description convenable de la myélite (6); M. Calmeil a marché sur ses traces (7), et l'on trouvera en outre dans un mémoire de M. Hulin (8), et surtout dans le beau livre de mon ami M. Longet, sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, des matériaux précieux pour élucider divers points obscurs de la myélite et des autres maladies de la moelle.

Anatomie pathologique. — Ce que nous avons dit des lésions caractérisant l'encéphalite s'applique également à la myélite: seulement, comme dans celle-ci les altérations suivent une marche beaucoup plus rapide que dans le cerveau, il s'ensuit qu'on trouve rarement sur le cadavre une myélite caractérisée seulement par l'injection, par la rougeur, par l'induration du tissu. Dans tous les cas, en effet, la pulpe nerveuse est ramollie, diffuse, et le ramollissement peut présenter les colorations rouge, jaune, verte et blanche, que nous avons déjà rencontrées dans le cerveau. Des collections purulentes s'y observent beaucoup plus rarement que dans ce dernier, elles ont toujours un très-petit volume. Comme pour le cerveau, les ramollissements rouges, jaunes, verdâtres et blancs avec infiltration purulente, devront seuls caractériser un travail inflammatoire. Quoi qu'il en soit, ces ramollissements s'accompagnent toujours d'une augmentation dans le volume de la moelle au niveau des parties altérées. Il est rare que la lésion occupe plus de la moitié du cordon rachidien; ordinairement même elle est limitée à une seule région: ainsi la portion dorsale est le plus souvent atteinte; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les portions cervicale et lombaire. Le ramollissement commence presque toujours par la substance grise centrale, plus rarement par la périphérie, à moins que la myélite ne soit consécutive à l'arachnitis. Le ramollissement peut occuper toute l'épaisseur de la moelle, ou bien être borné à une des moitiés latérales, ou bien enfin être inégalement marqué à la face antérieure ou à la face postérieure. Dans le premier cas, le tissu nerveux peut être réduit en une sorte de débris purulent, de sorte qu'il y a réellement interruption complète entre les parties supérieure et inférieure du cordon rachidien.

Lorsque la moelle est ainsi, dans une partie de son étendue, convertie en une sorte de bouillie demi-liquide, on peut reconnaître cet état, avant même de fendre les membranes, à une mollesse, ou plutôt à une fluctuation véritable qu'on perçoit à ce niveau. On a coutume de considérer surtout comme des indices d'une inflammation chronique, l'induration de la moelle, avec ou sans hypertrophie, et avec une coloration brune ou ardoisée de son tissu. Ce cordon

(1) *Dissertatio inauguralis de medulla spinalis inflammatione.* Marbourg, 1799.

(2) *Dissert. de inflamm. medullæ spinalis.* Erlangen, 1814.

(3) *Dissert. de medulla spinalis inflammatione.* Turin, 1818.

(4) *Dissertatio de myelitide.* Erlangen, 1814.

(5) *Præceps medicæ universæ præcepta,* 1822, t. VI, p. 74.

(6) *Traité des maladies de la moelle,* t. II, p. 302, 3^e édit.

(7) *Dictionnaire de médecine,* t. XX.

(8) *Bibliothèque médicale,* année 1828.

nerveux peut acquérir alors la consistance de l'albumine durcie. Beaucoup regardent la myélite chronique comme anatomiquement constituée par un ramollissement blanc; mais nous verrons plus tard que cette lésion ne reconnaît pas une origine inflammatoire (voyez dans le tome II, l'article *Ramollissement de la moelle*). Jusqu'à présent donc il est absolument impossible de déterminer avec précision les altérations qui peuvent caractériser la myélite chronique.

Symptômes. Marche. — La myélite paraît débiter ordinairement sans prodromes, et par des symptômes tout à fait locaux. La plupart des malades éprouvent de l'engourdissement, des fourmillements, des crampes dans les membres inférieurs, et quelquefois aussi dans les membres thoraciques, suivant la hauteur à laquelle l'altération remonte. On a prétendu aussi qu'il y avait souvent des érections; c'est un signe que nous n'avons jamais constaté. Quoi qu'il en soit, les mouvements sont toujours très-difficiles, embarrassés, roides et incertains; quelquefois il existe en outre de temps en temps des secousses convulsives. Beaucoup de ces malades éprouvent une douleur fixe dans un point du rachis. Cette douleur peut être constante; le plus souvent elle n'est ressentie que par la pression ou par la percussion médiate qu'on exerce sur les apophyses épineuses correspondantes, ou bien encore lorsque les malades sont couchés sur le dos. Quelquefois enfin on la provoque en promenant une éponge imprégnée d'eau, ou très-chaude ou très-froide, sur toute la longueur du rachis, ce qui excite vis-à-vis de la région affectée une sensation de brûlure, tandis que partout ailleurs le malade ne ressent que l'impression ordinaire du chaud ou du froid. Indépendamment de cette douleur locale, qui indique à quelle hauteur la moelle est altérée, il en existe souvent d'autres, qui tantôt semblent une irradiation de la précédente, mais qui souvent aussi en sont indépendantes. Ces douleurs occupent les membres inférieurs; elles suivent parfois le trajet des nerfs sciatiques, ou bien elles sont disséminées dans tout le membre, et retentissent spécialement dans une de ses parties, à la plante des pieds par exemple. Des douleurs plus fréquentes encore sont celles que beaucoup de malades accusent en travers du corps, et qui semblent siéger dans les branches des nerfs intercostaux. Cependant bientôt la paralysie survient; presque toujours commençant par les membres inférieurs, elle s'étend de bas en haut, et affecte presque toujours simultanément le sentiment et le mouvement, mais à des degrés fort différents; la perte du mouvement existe parfois sans altération dans la sensibilité; le contraire a lieu très-rarement. En même temps l'urine cesse d'être excrétée, ou bien elle sort involontairement; les matières fécales peuvent être en général retenues lorsqu'elles sont solides, mais, pour peu qu'elles soient liquides, elles s'échappent malgré la volonté du malade, ou sans que celui-ci en ait la conscience; il en est de même des gaz.

L'étendue de la paralysie varie suivant la hauteur à laquelle siège l'altération de la moelle. Si la myélite occupe les régions dorsale et lombaire, les membres inférieurs, la vessie et le rectum, sont seuls affectés; mais lorsque l'altération gagne la portion cervicale, des accidents plus graves ont lieu. La lésion siège-t-elle vers la vertèbre proéminente, les muscles intercostaux cesseront d'agir et la dilatation de la poitrine ne se fera plus que par l'action du diaphragme; cependant le thorax est encore soulevé par les muscles qui agissent dans les respirations difficiles, c'est-à-dire par les scalènes, les grands et les petits pectoraux, par les grands dentelés, par les trapèzes et les sterno-mastoïdiens qui reçoivent leurs nerfs des plexus brachial et cervical, ainsi que du spinal. Aussi dans ces cas la respiration est courte, pénible, et un grand nombre de ces malades succombent avec les symptômes d'une asphyxie lente. La lésion s'élè-

ve-t-elle au-dessus de l'origine du nerf diaphragmatique, celui-ci se trouvant paralysé avec tous les nerfs qui proviennent du plexus brachial, les membres supérieurs sont paralysés à l'instar des membres inférieurs, et l'asphyxie ne tarde pas à se faire. Enfin dans les cas rares où l'altération atteint la portion intra-crânienne de la moelle, il y a souvent douleur vers la nuque, rigidité des muscles de cette région, trismus, déglutition difficile, troubles divers de l'intelligence et des sens. A ces phénomènes succède bientôt une paralysie, tantôt bornée à une moitié du corps, plus souvent affectant les deux membres inférieurs, suivant que l'altération occupe un seul des faisceaux antérieurs de la moelle, ou qu'elle les envahit simultanément tous les deux. Lorsque ces accidents sont tels que je les indique, ils sont assez caractéristiques d'une altération de la portion crânienne de la moelle, et quoi qu'on en ait dit, on ne les retrouve point, ni dans l'inflammation des parties blanches centrales, ni dans celle qui frappe à la fois les deux hémisphères.

L'inflammation de la moelle peut exister sans réveiller beaucoup de sympathies : cependant il y a communément un appareil fébrile modéré, de la soif, de l'inappétence et assez souvent des vomissements.

Nous avons vu que, quelle que fût la hauteur à laquelle siègeait l'altération de la moelle, les symptômes spasmodiques et la paralysie occupaient simultanément, mais parfois inégalement, les membres de l'un et de l'autre côté. Cependant, dans quelques cas rares, et nous en avons rencontré plusieurs, ces accidents sont d'abord bornés à un membre ou bien aux deux membres du même côté; il peut y avoir, en un mot, hémiplegie, comme si la lésion siègeait dans un des hémisphères; mais s'il en est ainsi, on ne tarde pas à voir les membres opposés être atteints de la même manière, pour peu que l'altération de la moelle fasse de nouveaux progrès. Nous signalerons également comme un fait excessivement rare la propagation de haut en bas des phénomènes spasmodiques et de la paralysie. Nous avons parlé précédemment de la paralysie comme survenant presque toujours d'une manière progressive : cependant il n'est pas rare que les malades, qui n'éprouvaient d'abord que des fourmillements dans leurs membres, soient tout à coup paralysés du sentiment et du mouvement dans ces parties, comme si le tissu de la moelle était brusquement détruit par un raptus hémorrhagique. Il faut admettre alors que l'altération est devenue tout d'un coup très-considérable.

Durée. Terminaisons. — La myélite a une durée plus ou moins longue : elle peut entraîner la mort au bout de peu de jours lorsque la maladie occupe primitivement la région cervicale; mais si l'altération commence par les régions dorsale ou lombaire, il peut s'écouler plusieurs semaines avant que la terminaison fatale ait lieu. Celle-ci est produite tantôt par les progrès de l'altération qui gêne la respiration et empêche l'hématose, ou bien par suite de la gangrène qui, comme dans la plupart des maladies aiguës de la moelle, envahit rapidement les parties destinées à supporter le poids du corps, telles que le sacrum, les coudes, les trochanters et les talons. Dans ces cas, la paralysie devient si complète, que la peau des membres et du tronc peut être déchirée et brûlée sans que les malades en aient conscience; enfin les parties s'infiltrèrent et perdent de leur chaleur. Très-rarement la myélite se termine par le retour complet à la santé. Alors la sensibilité se ranime, le mouvement revient peu à peu, les évacuations involontaires cessent, et au bout d'un temps qui est rarement moindre de six semaines ou de deux mois, les malades ont recouvré la plénitude de leurs facultés; mais, je le redis, ce cas est très-rare. On peut en outre établir que tous les malades qui ne succombent point aux accidents aigus

restent ensuite infirmes, paraplégiques, sujets à des rétentions ou à des incontinenances d'urine et de matières fécales. Quelques malades pourtant peuvent encore se soutenir et marcher avec l'aide d'un bâton ou de béquilles; chez d'autres la station est impossible sur les pieds, tandis qu'elle peut encore se faire sur les genoux; un grand nombre enfin ne peuvent plus exécuter aucune espèce de mouvements; leurs membres sont alors tantôt contracturés, tantôt ils sont en résolution. Chez ces individus, les muscles qui sont ainsi paralysés s'atrophient, et l'on voit parfois quelques-uns d'entre eux, ceux des mollets surtout, subir la dégénérescence grasseuse. Enfin, lorsque la mort arrive au bout de plusieurs années, on trouve, pour expliquer les accidents dont nous venons de parler, une atrophie partielle de la moelle, ou bien une induration de son tissu, et quelquefois un ramollissement blanc ne différant pas de celui qu'on rencontre dans un grand nombre d'états aigus.

Diagnostic. — L'existence d'une douleur fixe et plus ou moins vive, spontanée ou provoquée par la pression et par la percussion sur un point du rachis, des symptômes spasmodiques, ou une paralysie se développant simultanément ou successivement dans les deux membres opposés et coïncidant avec l'intégrité des facultés intellectuelles, devront caractériser une maladie de la moelle. Le siège de la douleur et de la paralysie fera connaître l'étendue de l'altération. La persistance seule de la motilité ou de la sensibilité portera à croire que l'altération affecte exclusivement ou spécialement les faisceaux postérieurs ou antérieurs. L'hémiplegie prouvera que la moitié de la moelle seule est malade. Il est inutile de dire que la paralysie occupe toujours le côté correspondant à l'altération. On pourra encore distinguer la myélite de l'arachnitis spinale, en ce que dans cette dernière on observe une douleur locale plus vive, et qui manque plus rarement que dans la myélite; il existe en outre une roideur convulsive des muscles vertébraux, et une exagération de la sensibilité de la peau, accidents qu'on ne voit pas dans l'inflammation qui est bornée à la pulpe nerveuse; ajoutons enfin que les symptômes spasmodiques (roideur, contractures, convulsions) sont plus marqués dans l'arachnitis, tandis que la paralysie prédomine dans la myélite. Là se borne tout le diagnostic, car je ne pense pas qu'il soit encore possible de préciser la nature de l'altération, c'est-à-dire de déterminer d'une manière certaine si l'on a à traiter une myélite ou seulement un de ces ramollissements à marche aiguë dont nous parlerons ailleurs, et qui semblent se produire sans le concours manifeste d'aucun travail inflammatoire.

Les abcès traumatiques formés autour d'une vertèbre contuse ou fracturée donnent lieu à des symptômes qui ont la plus grande analogie avec l'inflammation de la moelle et de ses enveloppes. Quelques jours après l'accident, il se développe de la fièvre, une paralysie des membres, du rectum et de la vessie, accidents qui coïncident avec une douleur locale le long du rachis. Souvent alors, au bout de quelques jours, les symptômes de compression diminuent, si le pus, fusant hors du canal rachidien, se réunit dans un point des gouttières vertébrales; M. Bigot, médecin distingué à Évreux, a appelé l'attention sur cette circonstance (1). Ici les commémoratifs et la marche des accidents pourraient faire soupçonner la nature de la lésion. On comprend de quelle importance il est, en pareil cas, d'explorer avec soin le rachis et ses environs, pour saisir dès son début la formation de l'abcès, et ouvrir au pus une issue au dehors.

Il importe de prévenir le lecteur que certains accidents hystériques peuvent

(1) Thèse de Paris, année 1845.

simuler la myélite; il est en effet des femmes qui perdent quelquefois promptement le sentiment et le mouvement des membres inférieurs; mais ces accidents, toujours apyrétiques, surviennent brusquement, ils cessent de même et coexistent avec d'autres symptômes moins insolites de l'état hystérique. On verra plus tard en quoi la myélite se distingue des autres formes de *paraplégie essentielle* et de l'*hémorrhagie* de la moelle, de son *ramollissement* et de l'*atrophie des racines antérieures*, caractère anatomique de l'ataxie musculaire progressive (voyez ces maladies).

Pronostic. — La myélite, comme on a pu s'en convaincre précédemment, est une maladie excessivement fâcheuse; sa gravité est d'autant plus grande que la phlegmasie siège plus haut. Lorsque l'altération gagne la région cervicale, les malades succombent presque toujours assez promptement; tandis que si elle est circonscrite à la région lombaire, on voit fréquemment les malades résister de longues années. La manifestation de la gangrène est un accident des plus fâcheux; la paralysie des muscles respiratoires indique à peu près sûrement une mort prochaine.

Étiologie. — La myélite paraît être plus commune dans la jeunesse et dans l'âge adulte; elle est le plus souvent spontanée; elle succède pourtant assez fréquemment à des violences extérieures sur le rachis, ou à des fatigues excessives, telles que celles de la marche, surtout lorsque les individus portent en même temps de lourds fardeaux sur leurs épaules. L'altération des vertèbres, la compression de la moelle par une production morbide ou simplement par la déviation du rachis, peuvent finir par provoquer une inflammation aiguë de la pulpe nerveuse.

Traitement. — Les moyens de traitement sont exactement les mêmes que pour les autres phlegmasies des centres nerveux. On fera une ou plusieurs saignées générales et l'on couvrira le rachis de nombreuses ventouses scarifiées; puis on arrivera aux révulsifs énergiques, comme plusieurs cautères ou moxas qu'on appliquera sur les côtés des apophyses épineuses et au niveau de l'altération; ces moyens sont de beaucoup préférables aux vésicatoires. On a conseillé à cette même époque et concurremment avec les émissions sanguines, l'emploi des mercuriaux, c'est-à-dire le calomel à dose altérante (15 à 20 centigrammes en 15 ou 20 paquets, à prendre d'heure en heure), et des onctions d'onguent napolitain sur la colonne vertébrale; mais ces moyens n'ont d'autre résultat que d'exciter une stomatite qui est une cause de nouveaux malaises. La diète, les boissons douces, les laxatifs légers, compléteront le traitement de la myélite aiguë.

Lorsque la maladie passe à l'état chronique, on insistera sur les révulsifs. Il convient souvent alors d'appliquer, le long du rachis, jusqu'à six à huit cautères. On peut aussi faire usage, d'après le conseil d'Ollivier, des douches salées ou sulfureuses sur la colonne; les bains sulfureux naturels ou artificiels, les bains chlorurés, notamment les bains de mer, pourront également être plus ou moins efficaces; mais dans l'emploi de ces moyens excitants, il faut agir prudemment et comme à tâtons, afin de ne pas réveiller les accidents aigus. La strychnine et l'électricité, conseillées par quelques personnes, ont eu rarement des effets avantageux. Ce sont des moyens en général dangereux, qui ne peuvent être utiles qu'à une période très-avancée, lorsque l'affection locale est guérie et qu'il convient d'exciter, de réveiller l'influx nerveux dans des parties qui en ont été privées pendant longtemps.

Dans la myélite, comme dans la plupart des maladies de la moelle, il faut prendre les plus grandes précautions pour éviter les eschares, qui ont beau-

coup de tendance à se produire. Les malades seront donc tenus proprement; on les changera souvent de position; on évitera tout ce qui pourrait irriter et contondre la peau: c'est dans ces cas que les lits mécaniques ont une grande utilité. Enfin on s'assurera que l'excrétion urinaire se fait régulièrement et complètement, attendu que beaucoup de ces malades souffrent d'une rétention d'urine à laquelle on remédiera par le cathétérisme. (Voyez comme complément, dans le tome II, l'article *Ramollissement de la moelle*.)

DE LA NÉVRITE

C'est à tort que quelques auteurs ont autrefois contesté que les nerfs pussent jamais s'enflammer. D'autres ont soutenu, avec Boerhaave et M. Martinet, que, dans la névrite, l'inflammation respectait la pulpe nerveuse, tandis que le névrilème seul était phlogosé; aussi désignaient-ils plutôt la maladie sous le nom de *névrilème*. Mais les recherches cadavériques et les expériences tentées sur les animaux, notamment celles entreprises par le docteur Dubreuil, et que ce médecin a rapportées dans sa thèse (1), ont prouvé que le névrilème, comme la substance nerveuse, pouvait être isolément ou simultanément atteint avec celle-ci. Dans les deux cas, le tissu peut être rouge, épaissi et friable; et lorsque la phlegmasie envahit la substance nerveuse, on peut en outre trouver le tissu infiltré de pus, ou réduit en une pulpe grisâtre; le volume du nerf est toujours augmenté. Nous ne savons rien sur les caractères de la névrite chronique.

Symptômes. — La névrite est caractérisée par une douleur vive, dilacérante ou contusive, siégeant sur le trajet connu d'un nerf; elle est continue et augmente par la pression. Si le nerf est superficiellement placé, on sent à travers la peau un cordon dur, noueux, douloureux, formé par l'organe malade, dont les fonctions se trouvent plus ou moins perverties. C'est ainsi que les parties qui recouvrent les ramifications du nerf sont le siège d'un engourdissement pénible, et quelquefois d'une paralysie qui porte à la fois sur le sentiment et sur le mouvement, ou sur l'une de ces facultés seulement, suivant la nature du nerf malade. Cette paralysie pourrait même devenir permanente, si l'inflammation, arrivant jusqu'à la suppuration ou à la gangrène, avait pour effet de détruire le nerf, ou bien encore si celui-ci était consécutivement frappé d'atrophie. L'ulcération n'est peut-être jamais une suite de la névrite. Cette lésion, dans les cas rares où on l'a observée, a toujours été consécutive à la destruction des tissus ambiants. Cependant les faits de névrite jusqu'à présent connus sont assez rares pour qu'on ne puisse encore déterminer exactement quels sont la marche et les modes de terminaison les plus fréquents de la maladie.

Diagnostic. — La névralgie est la seule affection qui pourrait simuler une névrite, mais nous verrons que dans la première, qui est toujours apyrétique, la douleur est exacerbante, et qu'elle a des rémissions; elle se calme par la pression; celle-ci, du moins, ne réveille des souffrances que dans quelques points, là où le nerf ou bien une de ses divisions sont situés plus superficiellement. Enfin la paralysie est une suite rare de la maladie, et ne survient d'ailleurs que très-lentement. Dans la névrite, au contraire, il y a souvent de la fièvre, la douleur est continue, elle est constamment réveillée par la pression, de quelque manière qu'on l'exerce; la paralysie enfin en est un accident fréquent et presque toujours très-opiniâtre.

(1) Thèse de Montpellier, année 1845.

Une phlébite ne pourrait pas simuler la névrite, car il existe dans la première un cordon dur, noueux, douloureux, sur le trajet connu d'une veine; il y a œdème des parties situées au-dessous et des accidents d'infection qui surviennent souvent à la seconde période de la maladie.

Pronostic. — On peut dire d'une manière générale que le pronostic de la névrite est grave, non qu'elle compromette la vie, mais parce qu'elle laisse parfois après elle une paralysie incurable. Cependant la science ne possède encore rien de précis à cet égard.

Causes. — La névrite est une maladie excessivement rare, surtout comme affection idiopathique; elle succède presque toujours à quelque cause traumatique, comme une plaie ou une contusion. On l'a encore vue survenir après la ligature ou la cautérisation du nerf, ou bien après qu'un corps étranger a pénétré dans le tissu de l'organe. Cependant, somme toute, les nerfs sont assez peu inflammables. Rien, en effet, de plus commun que de voir des cordons nerveux traverser des foyers suppurés ou gangrenés sans qu'ils participent au désordre des parties environnantes. M. Beau regarde, par contre, certaines névrites comme très-communes; il rapporte en effet à l'inflammation aiguë des nerfs intercostaux la douleur vive de la pleurésie, comme il attribue à la névrite chronique les points de côté si communs chez les phthisiques. Mais nous avons dit précédemment que cette opinion était au moins exagérée, car d'une part l'anatomie pathologique les confirme rarement, et d'autre part il serait extraordinaire que presque toujours la douleur se calmât ou disparût tout à fait, ainsi que la chose a lieu dans la pleurésie, tandis que l'altération persisterait, puisque l'ouverture des cadavres la ferait toujours découvrir: ce serait là une anomalie bien extraordinaire, car rien de pareil n'a lieu dans les autres névrites.

Traitement. — Le traitement est essentiellement antiphlogistique; on insistera surtout sur les émissions sanguines locales, sur les cataplasmes, les bains, les onctions mercurielles et les révulsifs. Enfin si, la période inflammatoire ayant cessé, les malades éprouvaient de l'engourdissement et un commencement de paralysie, on promènerait un ou plusieurs vésicatoires, et même on appliquerait plusieurs cautères ou moxas sur le trajet du nerf.

INFLAMMATION DE QUELQUES-UNS DES ORGANES DES SENS,

DU CORYZA

SYNONYMIE. — Rhinite, rhume de cerveau, catarrhe nasal, *gravedo*, encliffrement.

Le *coryza* est l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les fosses nasales. On l'observe à l'état aigu et à l'état chronique. Le *coryza* chronique se subdivise en deux espèces, suivant qu'il est simple ou qu'il se complique d'ulcération; dans ce dernier cas, il constitue une affection distincte, que nous décrirons sous les noms d'*ozène* ou de *coryza ulcéreux*.

Anatomie pathologique. — Ce n'est guère que chez les très-jeunes enfants qu'on a eu occasion d'examiner les altérations que le *coryza* produit sur la membrane pituitaire. A l'état aigu, on a trouvé celle-ci plus ou moins injectée, rouge, noirâtre, bleuâtre, boursoufflée, épaissie par places, et friable.

Outre ces lésions, on peut trouver sur la muqueuse de Schneider des pseudo-

membranes: elle sont tantôt disséminées sous forme de plaques grisâtres, parfois elles envahissent un des cornets, elles peuvent même tapisser uniformément toute la cavité nasale. Ce *coryza*, nommé pseudo-membraneux, coexiste le plus souvent avec l'angine diphthéritique et avec le croup.

Dans le *coryza* chronique, la muqueuse pituitaire est plus dense; elle est inégale, rugueuse ou mamelonnée à sa surface, et tellement épaissie, que le canal nasal peut en être obstrué ou même oblitéré. Elle est, en général, friable, et présente une coloration d'un blanc opaque ou bien noirâtre, et surtout ardoisée.

Symptômes. — Au début, le *coryza* produit une sensation de sécheresse incommode dans les fosses nasales, accompagnée de picotement et de prurit, ce qui provoque de fréquents éternuements. Il s'établit par les narines un écoulement plus ou moins abondant d'un mucus transparent, séreux, d'une saveur salée, qui souvent rougit et excorie les narines ainsi que la lèvre supérieure; l'odorat est diminué ou même tout à fait éteint. A cette période, on voit souvent apparaître de nouveaux symptômes dépendants de l'extension de la phlegmasie. Lorsqu'en effet celle-ci se propage aux sinus frontaux, les malades accusent une céphalalgie frontale gravative, qui s'exaspère par les mouvements et les secousses du corps, et qui parfois est assez incommode pour rendre impossible tout travail intellectuel. Plus rarement l'inflammation s'étend dans les voies lacrymales, ce qui produit l'injection de la conjonctive, avec larmolement et sensibilité vive à l'impression de la lumière. Enfin, si la muqueuse du sinus maxillaire s'enflamme, le malade se plaint d'une douleur assez vive dans la joue correspondante; quelquefois même celle-ci paraît légèrement tuméfiée; il y a un sentiment de tension dans la mâchoire, et souvent les dents qui s'y implantent sont endolories.

Le *coryza* ne produit le plus souvent que ces accidents locaux: cependant il arrive quelquefois qu'il s'accompagne de malaise, d'inappétence et d'un léger mouvement fébrile, précédé ou accompagné de frissons irréguliers. En général, au bout de deux ou trois jours, les symptômes s'amendent, la douleur et la tension diminuent; la fièvre, s'il en existait, cesse; l'écoulement prend plus de consistance, il devient blanc, puis jaunâtre, verdâtre, opaque; il exhale une odeur fade, spermatique; il se détache difficilement, se dessèche rapidement, et produit des croûtes qui, obstruant les fosses nasales, gênent le passage de l'air, et donnent à la voix un timbre nasonné, qui d'ailleurs existe souvent dès le début, et qui s'explique par le boursoufflement de la membrane muqueuse. Cette obstruction des fosses nasales étant beaucoup plus complète chez les nouveau-nés, en raison de l'étroitesse naturelle de ces cavités, il en résulte des accidents plus ou moins graves, qui ont été parfaitement décrits par Billard, dans son livre, et avant lui par M. Rayer (1). L'enfant est obligé de dormir la bouche ouverte; sa respiration est bruyante, sifflante, difficile; son agitation, ses cris et sa physionomie expriment la douleur et la gêne excessive qu'il éprouve. Si on lui présente le sein, l'anxiété et la suffocation redoublent aussitôt; il y a menace d'asphyxie, puisque l'air ne peut plus pénétrer alors ni par les fosses nasales, bouchées par le gonflement de la muqueuse et par les produits sécrétés, ni par la bouche, qui est remplie par le mamelon et par le lait qui s'en écoule: aussi l'enfant, continuellement agité par le besoin de la faim et par l'impossibilité de la satisfaire, tomberait dans l'épuisement, et finirait par succomber si l'on ne cherchait pas à l'alimenter autrement.

(1) *Coryza des enfants à la mamelle*. Paris, 1820.