

Les douleurs névralgiques multiples qu'éprouve le malade se sont plutôt accentuées davantage qu'atténuées.

C. — Myélite aiguë.

De même que l'on peut observer la méningite spinale aiguë dans le cours d'affections fébriles générales, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, en particulier dans la scarlatine, dans l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, de même, dans le cours de ces maladies, la myélite aiguë se montre aussi quelquefois. J'ai déjà cité, à propos des fièvres typhoïdes, l'observation d'un jeune homme de 23 ans, particulièrement intéressante à cet égard ; elle montre, comme je l'indiquais, que dans cette pyrexie aucun organe n'échappe à l'action du poison typhique, et que non-seulement il y détermine des troubles dynamiques, mais aussi des troubles matériels, des modifications de texture appréciables cliniquement.

On a cité déjà des observations de paralysies des membres inférieurs, dans le cours de la fièvre typhoïde. Les partisans de la théorie des paraplégies réflexes ont paru trouver dans ces cas un argument en faveur de leurs doctrines ; d'après eux, les ulcérations de l'intestin sont le point de départ d'excitations transmises à la moelle par les nerfs abdominaux, et la paraplégie est due à une modification vasculaire locale, déterminée par ces excitations. L'observation CXXXVII prouve que, dans certains cas, il s'agit non d'un trouble vasculaire local, plus ou moins permanent, mais d'une véritable affection inflammatoire, avec modification de tissus, en un mot d'une myélite aiguë. Que cette myélite aiguë soit due au retentissement sur la moelle des excitations des nerfs de l'intestin, par le fait de l'existence d'ulcérations de la membrane muqueuse, ou bien que la lésion inflammatoire aiguë de l'axe rachidien soit causée

directement par le poison typhique, peu importe ; ce qui est certain, c'est que la lésion se présente avec son caractère inflammatoire, bien défini symptomatiquement.

Le retentissement des affections des nerfs, ou de leurs irritations, dont j'aurai à parler à propos des observations d'atrophie musculaire, est aujourd'hui démontré ; les travaux de MM. Leyden, Tiesler, Hayem, Vulpian, etc., sur l'influence des lésions irritatives des nerfs, ne laissent pas de doute à cet égard ; la preuve du fait est donnée cliniquement et histologiquement. A propos de la pathogénie de l'affection du malade X..., on peut adopter l'une ou l'autre interprétation. Cependant il faut noter que, d'après les symptômes, les lésions médullaires n'ont pas été symétriques d'une façon absolue, qu'elles ont été plus marquées dans certains points de la région de substance grise atteinte que dans d'autres ; qu'il n'y a pas eu paraplégie, au sens ordinaire du mot : ces considérations ne sont pas faites pour entraîner vers l'hypothèse d'une affection de la moelle, produite par le mécanisme des affections dites réflexes de ce centre nerveux. D'autre part, il s'est agi, dans le cas dont je parle, d'une fièvre typhoïde à forme thoracique tout à fait accentuée, et les symptômes abdominaux ont été très-peu accusés. Ce n'est pas encore là une condition favorable à la supposition d'une affection médullaire dite réflexe.

Chez ce malade, la fièvre typhoïde a été particulièrement grave et de longue durée ; le mouvement fébrile, très-accusé. Des abcès multiples, très-volumineux pour la plupart, se sont produits pendant une longue série de jours ; presque tous ces abcès, circonstance méritant d'être notée, se sont formés dans le côté droit du corps, c'est-à-dire dans le côté où les douleurs ont été le plus fortes : des eschares très-larges ont apparu dans les lieux où les pressions étaient un peu intenses, aux fesses, au niveau des trochanters, aux

talons; puis, un jour, vers la fin de l'évolution de la fièvre typhoïde, X... a éprouvé des douleurs vives dans les membres inférieurs et dans la ceinture; bientôt, les masses musculaires des jambes, déjà considérablement diminuées de volume, se sont nettement atrophiées par régions circonscrites.

L'atrophie occupait principalement les muscles des régions jambières antérieures; à la jambe droite, où les douleurs ont toujours été plus vives, le phénomène était plus marqué qu'à gauche; les pieds étaient tombants; le malade ne pouvait plus les relever; les muscles atrophiés ne répondaient point à l'excitation électrique (courants induits); un très-léger degré d'anesthésie (perte du tact simple) existait aux membres inférieurs; pendant quelques jours, il y a eu de la rétention d'urine.

La myélite aiguë a donc été évidente.

On a électrisé chaque jour, avec la machine d'induction, les membres inférieurs; chaque séance d'électrisation durait de quatre à cinq minutes; on a administré, en même temps, du sirop d'iodure de fer et du vin de quinquina. Plusieurs semaines se sont écoulées sans qu'il y ait eu une tendance marquée à la guérison. L'état général du convalescent s'améliorait progressivement, mais l'état des muscles des membres restait sensiblement le même, ou plutôt il y eut, à certains moments, une légère aggravation, en ce sens que les muscles du membre inférieur gauche, qui étaient les moins atrophiés et les moins affaiblis, avaient subi une atrophie plus notable qu'auparavant. Les douleurs n'ont pas cessé de se faire sentir, avec les mêmes caractères, dans les cous-de-pied et la partie inférieure des ambes, principalement dans le membre inférieur droit.

On a pu constater, bien souvent, que les courants faradiques ne provoquaient aucune contraction dans les muscles des régions jambières antéro-externes (muscles jambiers

antérieurs, extenseurs communs des orteils, extenseurs propres des gros orteils), alors que la volonté pouvait déterminer des contractions de ces muscles. Dans la marche, la pointe du pied était pendante et touchait le sol la première; ce phénomène était plus marqué au pied droit qu'au pied gauche.

Ce n'est qu'à la fin du mois de juin qu'il a existé une amélioration bien apparente. Quand le malade est parti pour Vincennes, le progrès était évident, mais la contractilité farado-musculaire était encore à peine appréciable. Les douleurs des membres avaient cessé; il persistait une impression habituelle de froid dans les pieds et la partie inférieure des jambes. La marche était encore embarrassée par l'impossibilité d'une franche flexion des pieds sur les jambes.

Le travail de myélite était donc arrêté à peu près complètement; sur différents points de la moelle épinière, il avait subi une véritable réparation, ou du moins la moelle, en ces points, avait récupéré ses aptitudes fonctionnelles.

Dans les premiers jours d'août 1877, l'état général de notre malade était aussi satisfaisant que possible; la marche était redevenue presque normale; cependant les pieds se posaient encore à plat sur le sol, à chaque pas. Il n'avait plus qu'une légère sensation de froid dans ceux-ci, et il se fatiguait un peu plus facilement qu'avant sa maladie.

On a revu cet homme au mois d'octobre; à cette époque, il relevait bien la pointe du pied en marchant, mais il disait éprouver encore un peu de gêne dans la marche: il était incapable de faire un long trajet à pied. La guérison pouvait cependant être considérée comme complète.

— Parmi les notions les plus certaines relatives à l'étiologie des myélites aiguës, il en est une qui est incontestée: je veux parler de l'influence du froid; l'observation CXXXVIII est un exemple type, à ce point de vue.

Le malade, âgé de 25 ans, a eu pendant la guerre de 1870 les deux orteils gelés. Le 21 février, en sortant d'un bal, il prit froid. Le 25 février, il éprouva une sensation de froid très-intense aux pieds. Dans les premiers jours de mars, il ressentit un engourdissement dans la jambe droite; le lendemain, cet engourdissement gagna la cuisse, puis le ventre, qu'il étreignait comme une ceinture; le malade affirme qu'à ce moment il avait une anesthésie complète de la jambe droite.

Mêmes phénomènes dans le pied gauche; seulement ils étaient moins accentués.

La marche était difficile; le malade ne sentait le sol sur lequel il marchait que comme si ses pieds avaient été enveloppés de ouate.

Le malade se purgea; au bout de quatre jours, tous les phénomènes signalés plus haut disparaissaient en grande partie et se reproduisaient dans le membre thoracique droit et dans les trois derniers doigts de la main gauche. Le malade ne pouvait rien tenir avec cette main: il y éprouvait un chatouillement intolérable; ce chatouillement disparut assez rapidement et fit place à une anesthésie complète. Le malade laissait tomber tout ce qu'il tenait à la main; la force musculaire de ce côté était très-diminuée; les membres inférieurs, eux-mêmes, légèrement parésiés.

Tous ces phénomènes, douleurs, hyperesthésies, anesthésies, fourmillements, parésies, ont duré assez longtemps; vers la fin de mai seulement, le malade put se considérer comme guéri. On l'électrisa régulièrement tous les jours; on lui fit des cautérisations ponctuées; il prit des bains sulfureux, de l'iodure de potassium, et plus tard du sirop d'iodure de fer.

L'affection, dans le cas actuel, peut-elle être caractérisée du nom de rhumatismale? l'ancienne gelure des gros orteils a-t-elle déterminé dans la moelle une modification qui

aurait établi une sorte de prédisposition locale, une vulnérabilité plus grande de l'organe?

Il semble bien, comme le disait M. Vulpian, que, chez ce malade, il s'est agi d'une affection de la moelle elle-même, et non d'une méningo-myélite, car il n'y a pas eu les douleurs vives, les contractures, etc., qui caractérisent la méningite: tous les phénomènes observés s'accordent bien mieux avec l'hypothèse d'une légère irritation de la *substance grise médullaire*. Il faut relever surtout, en faveur de cette opinion: les sensations de fourmillement, d'engourdissement; l'*anesthésie*, qui parfois a été complète; la parésie, etc.

OBSERVATIONS

Obs. CXXXVII. — *Myélite aiguë survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde grave. — Longue persistance des accidents parétiques et atrophiques. — Guérison par les courants induits.*

Le nommé Pierre M..., âgé de 23 ans, cuisinier.

Entré le 28 décembre 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 4.

Renseignements. — Ce malade, qui s'était bien porté jusqu'au 24 décembre, se sent pris, ce jour-là, de malaise avec courbature. Dès le soir même, il est obligé de se mettre au lit.

Pendant les trois jours qui suivirent, ces symptômes allèrent en augmentant; ils s'accompagnèrent alors d'une céphalalgie intense.

Au bout de ce temps, des vomissements bilieux survinrent, et il se décida à entrer à l'hôpital.

Pas d'épistaxis; constipation.

28 décembre. — Un peu d'abattement; vertiges, même lorsque le malade s'assied sur son lit; face et yeux un peu congestionnés; face rouge, animée; peau chaude, sèche. Pouls fréquent, 96 à 100. Sentiment de malaise, de courbature. Anorexie, soif. Bouche pâteuse, langue un peu sèche, chargée d'un induit blanc-jaunâtre. Constipation. Un peu de douleur à la pression de la fosse iliaque; pas de gargouillements.

Il tousse encore beaucoup, soit dans le jour, soit dans la nuit. Expectoration abondante; crachats muqueux, transparents pour la plupart.

L'auscultation ne fait découvrir que des râles sibilants et muqueux dans toute la hauteur de la poitrine, en avant et en arrière.

1^{er} janvier 1877. — On constate un aspect de stupeur bien accusée. Le malade est faible, peut à peine s'asseoir: les phénomènes constatés le jour de l'entrée ne se sont pas notablement modifiés. La toux est toujours fréquente; il y a une dyspnée assez prononcée. On a donné un verre d'eau de Sedlitz la veille, parce que le malade n'allait pas à la garde-robe depuis plusieurs jours. Il y a eu plusieurs selles liquides. Rate volumineuse.

La pression dans la fosse iliaque droite détermine une douleur très-nette; gargouillements très-nombreux.

Un emplâtre de thapsia avait été appliqué sur la région antérieure du thorax, avant l'entrée à l'hôpital. L'éruption provoquée par cet emplâtre s'est étendue sur tout l'abdomen et le thorax, et empêche l'examen de la peau. Cependant le diagnostic ne reste pas douteux. On considère le malade comme atteint de fièvre typhoïde à forme thoracique.

3 janvier. — En examinant avec soin la peau du ventre, on aperçoit en dehors des limites de l'éruption artificielle, due à l'emplâtre de thapsia, quelques taches rosées lenti-

culaires, s'effaçant par la pression et reparaisant après. On en voit aussi quelques-unes sur la région postérieure du tronc. La rate est très-volumineuse.

Les jours suivants, ces taches caractéristiques augmentent de nombre. La bronchite persiste, et la dyspnée est pour le moins aussi forte que lors de la précédente note. La sonorité est normale dans tous les points du thorax; peut-être y a-t-il cependant un peu d'exagération du son vers les régions sous-épineuses.

Peu de douleur à la pression de la fosse iliaque droite. Ventre souple; toujours des gargouillements; une ou deux selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures. Pas d'envies de vomir. Inappétence complète. La langue est blanche sur la partie médiane, et rouge sur les bords.

On constate sur les gencives et la face interne des joues des aphthes.

Grande faiblesse. Fièvre assez intense.

7 janvier. — La percussion de la poitrine dénote de la matité en arrière et à gauche; elle augmente d'intensité de haut en bas; cette matité occupe le tiers inférieur du poumon gauche.

Dans la même région, on constate de l'œgophonie; en même temps, sur les draps du lit, crachats visqueux et sanguinolents en abondance.

Les jours suivants, l'adynamie se prononce de plus en plus. Le malade peut à peine cracher.

La diarrhée est toujours peu considérable. En somme, les phénomènes abdominaux sont relativement peu prononcés.

9 janvier. — L'épanchement, qui du reste n'était pas très-abondant, a disparu; on entend des râles crépitants dans la région occupée les jours précédents par l'épanchement.

11 janvier. — La fièvre a augmenté; la peau est très-

chaude : l'abattement est très-grand. Facies typhique très-accusé. Petites eschares sur le sacrum et sur les fesses. On continue le sulfate de quinine, que le malade prend depuis plusieurs jours (1 gr. dans les vingt-quatre heures); on prescrit, en outre, une potion avec 60 gr. de rhum. On panse avec soin les eschares.

14 janvier. — Tous les soirs, sueurs profuses, très-abondantes.

18 janvier. — Les eschares sont en voie de guérison.

23 janvier. — L'état général s'améliore; la prostration a diminué peu à peu depuis cinq ou six jours : aujourd'hui, elle a presque disparu. Il n'y a plus de diarrhée. Malgré l'amélioration évidente qui s'est produite depuis quelques jours, il y a encore de la fièvre et une inappétence à peu près absolue. La bronchite existe encore, mais à un bien moindre degré.

8 février. — Plusieurs petits abcès se sont produits ces jours précédents; il en existe un à chaque bras, au niveau du deltoïde; un autre, à la face externe de l'avant-bras; aux membres inférieurs, abcès ayant le volume du poing d'un enfant, à la région des mollets, dans les plis de l'aîne. Ces abcès siègent, pour la plupart, dans le côté droit du corps. Ils ont été ouverts et ont donné issue à du pus qui, examiné au microscope, n'a rien présenté de particulier. Cet examen, fait par M. Vulpian, avait surtout pour objet de rechercher si ce pus ne contenait pas des corpuscules bactériiformes, mouvants ou immobiles. On n'en a pas vu un seul qui fût incontestable.

Le malade est pris de rétention d'urine; on est obligé de le sonder.

Les jours suivants, le malade ressent des douleurs qui apparaissent subitement et alternativement dans un membre inférieur, puis dans l'autre, et disparaissent au bout d'une heure environ. Jamais elles n'existent simultanément

ment des deux côtés. Elles sont continues pendant la durée de ces sortes de crises, et elles s'exaspèrent par moments, par instants. En même temps, il y a de la raideur du membre inférieur gauche. Ces douleurs ont été très-vives, surtout à droite. Lorsqu'on remuait le malade pour panser ses eschares, dont la guérison complète se faisait attendre, il jetait des cris, et l'on était obligé de prendre le membre droit isolément et avec précaution pour le mouvoir. Ces douleurs siègent dans toute la longueur du membre. — Quelques contractions douloureuses autour de la ceinture.

Le 9, le 10, le 11, le 12 février, on est obligé de sonder le malade deux fois par jour.

13 février. — Le malade urine seul.

15 février. — Plusieurs autres petits abcès se sont produits les jours précédents, et ils ont eu presque tous pour siège le côté droit, apparaissant, les uns sur la région latérale droite du thorax, les autres sur les membres du côté droit. — Ils renfermaient une quantité assez considérable de pus.

La convalescence traîne en longueur. Dans la seconde moitié du mois de février, la bronchite disparaît complètement et l'appétit commence à se montrer. Mais le malade, profondément amaigri, reste faible. Il a de la peine à mouvoir ses membres inférieurs au lit et est absolument incapable de se tenir debout. Quoiqu'elles aient diminué, les douleurs notées plus haut se produisent encore souvent, et même il y a un endolorissement permanent dans les membres inférieurs, principalement dans celui du côté droit. A partir du 25 février, il ne se produit plus de nouveaux abcès.

Vers le commencement du mois de mars, on s'aperçoit qu'il y a une faiblesse manifeste des muscles de la région jambière antéro-externe des deux côtés, mais bien plus du côté droit que du côté gauche. Le pied droit est pendant,