

face dorsale des deux poignets, deux larges taches annulaires d'un rouge foncé, qui ont disparu au bout de deux heures.

12 *mai*. — Le malade a eu hier des taches semblables sur la face et les poignets.

31 *mai*. — Légère attaque dans l'après-midi, bornée aux membres inférieurs; le malade a pris 9 grammes de chloral.

1^{er} *juin*. — Les extrémités inférieures sont dans un état de contracture assez marqué et présentent l'attitude habituelle des précédentes attaques. — Surexcitabilité médullaire très-marquée. — Douleurs lombaires assez vives. — 10 gr. de chloral dans la journée.

2 *juin*. — Les contractures des muscles fléchisseurs, qui imprimaient aux pieds une extension forcée, ont presque complètement disparu. — 4 grammes de chloral.

3 *juin*. — Les contractures des jambes sont comme la veille; sueur du côté gauche du corps.

5 *juin*. — La raideur des masses musculaires des jambes a presque totalement disparu. — Les sueurs se présentent toujours sous la forme hémiplegique.

8 *juin*. — Le malade a eu hier une attaque qui a duré environ une heure et demie. Il a pris 10 grammes de chloral.

11 *juin*. — Le malade prend 14 grammes de chloral dans les vingt-quatre heures.

13 *juin*. — Le malade a eu hier une crise convulsive qui a duré 1 h. 1/2. Pendant cette crise, des plaques lie de vin sont apparues sur les jambes et aux genoux. — Chloral, 4 gr. On a remarqué que, même pendant le sommeil produit par le chloral, les contractures ne cessaient pas.

15 *juin*. — Le malade se sent beaucoup mieux. Les contractures ont beaucoup diminué. — 5 grammes de chloral.

16 *juin*. — Hier soir, à cinq heures, apparition de taches

rouges aux genoux, puis sur la figure, le cou et les poignets. — Ces taches sont apparues régulièrement tous les jours à la même heure (cinq heures du soir), depuis le 10 mai, jour où elles ont été signalées pour la première fois par le malade. Elles disparaissent vers 8 heures du soir. — Cependant, quelquefois, le lendemain matin, on en retrouve quelques traces, mais ce n'est plus qu'un léger érythème. Cette éruption paraît avoir pour cause véritable l'ingestion quotidienne de doses plus ou moins élevées de chloral hydraté.

17 *juin*. — Aujourd'hui, le malade a eu une éruption vers deux heures de l'après-midi. — Elle a été accompagnée d'oppression, de maux de cœur et suivie d'une céphalalgie assez vive.

Hier, à cinq heures et demie, nouvelle éruption, peu considérable.

19 *juin*. — Hier, de nouveau, deux éruptions, l'une à deux heures, l'autre à cinq heures du soir.

21 *juin*. — Hier, le malade n'a pas eu d'éruption de taches, ni de malaise, à son heure habituelle (cinq heures du soir). Mais, à huit heures, il a éprouvé un léger mal de tête avec un peu de dyspnée, et il a vu apparaître une seule plaque rouge au niveau du poignet droit.

22 *juin*. — Eruption, peu étendue, à la même heure.

23 *juin*. — Idem.

24 *juin*. — Le malade n'a eu hier ni éruption ni malaise; il est resté assis trois heures dans son fauteuil.

2 *juillet*. — Hier soir, le malade a eu un peu d'excitation; il a pris 5 grammes de chloral. — Il ne s'est pas manifesté de phénomènes médullaires.

13 *juillet*. — Le malade, ayant eu hier un peu d'excitation, a pris 6 grammes de chloral. — Les tremblements spasmodiques diminuent. — 8 gr. de chloral.

16 *juillet*. — Le malade prend 9 gr. de chloral.

Vers cinq heures du soir, le malade vit arriver son éruption de taches, un peu moins étendues qu'à l'ordinaire. En même temps, le malade a un peu de dyspnée.

11 août. — Le malade a passé trois semaines dans le service de M. Gallard, pendant les réparations de la salle Saint-Raphaël; il a eu une attaque avec contracture, mais très-courte.

14 août. — Dans la nuit, nouvelle attaque convulsive. — 8 grammes de bromure de potassium; injection de chlorhydrate de morphine de 1 centigr. dans le dos.

14 octobre. — Nouvelle attaque convulsive (tétanie ascendante); elle a commencé le 13 dans la soirée; le malade a pris 12 gr. de chloral hydraté dans la nuit, mais sans effet bien marqué; l'attaque a un peu diminué vers trois heures du matin.

A la visite, on trouve les muscles dans un état de contracture complète; les muscles du cou sont eux-mêmes tétanisés.

15 octobre. — Le malade va mieux; il a repris 10 gr. de chloral dans les vingt-quatre heures; les jambes, les mains et le cou sont toujours contracturés.

17 octobre. — La crise s'est terminée hier matin; le malade ressent une courbature générale et des douleurs, principalement dans les fléchisseurs de l'avant-bras, à la nuque, à la moitié gauche de la face; ces douleurs lui donnent la sensation d'une brûlure.

19 octobre. — Le malade va bien; il n'a plus de contracture des membres. Il existe toujours de l'abolition de la sensibilité dans le membre inférieur droit, tandis qu'à gauche il y a de l'hyperesthésie.

30 octobre. — Après une contrariété, le malade a une nouvelle attaque, en tous points semblable aux précédentes, comme attitude des membres. Elle dure une heure. — Chloral hydraté, 20 grammes.

4 janvier 1875. — Le malade se plaint depuis deux jours d'une forte céphalalgie.

5 janvier. — Les jambes sont moins raides.

16 janvier. — Depuis une quinzaine de jours, les muscles du membre inférieur gauche sont dans le relâchement.

28 janvier. — Le malade est placé dans un cabinet où se trouve installé un appareil Trouvé, à courants continus. On commence à le soumettre à cette sorte de courants.

Le courant produit de la rougeur de la peau au niveau du point d'application des plaques, surtout au pôle négatif, et de petites secousses dans les muscles du dos et de la jambe.

31 janvier. — Les plaques, comme les jours précédents, sont appliquées sur la colonne vertébrale, le pôle négatif en haut; c'est dans ce dernier point que la douleur a le plus d'intensité; elle donne une sensation de brûlure. — En même temps, il se produit des tremblements et des fourmillements dans les deux bras. Le malade ne supporte que sept éléments.

5 février. — La sensation douloureuse est plus forte maintenant au pôle positif.

17 février. — Samedi soir, à cinq heures, nouvelle crise convulsive; elle dure jusqu'au lendemain 2 heures.

19 février. — Les douleurs ont cessé; le membre inférieur gauche est toujours rigide: on ne peut le toucher sans provoquer des secousses rapides, qui se produisent aussi, quoique à un moindre degré, dans le membre droit. — Celui-ci est insensible, comme auparavant.

Le malade a eu beaucoup de sueurs vers la fin de sa crise. — 13 grammes de chloral.

22 mars. — Le malade sort pour quelques jours. — Par suite d'un malentendu, l'administration refuse de le recevoir lorsqu'il demande à rentrer. — Il passe trois semaines à l'hôpital Necker.

10 mai. — Nouvelle attaque convulsive, commençant dans la soirée, persistant toute la nuit et le lendemain. — 12 grammes de chloral.

12 mai. — L'attaque s'est terminée dans la nuit. Le bras gauche et les jambes sont encore un peu tétanisés.

3 novembre. — Le malade, se plaignant d'affaiblissement de la vue, est examiné par M. Landold. Hyperesthésie de la rétine; diminution considérable de la vision. — Les deux papilles semblent un peu atrophiées. — La moitié interne seule a conservé une légère teinte rosée. — Les vaisseaux sont normaux. — L'atrophie est déjà bien accusée et en progression marquée.

1876, 17 janvier. — Le malade a été pris la veille, vers neuf heures du soir, d'une crise qui a débuté par des douleurs dans le dos ainsi que dans les membres inférieurs. — Il a les jambes et les bras contracturés, c'est-à-dire que les jambes sont dans l'extension complète; le pied est étendu sur la jambe; on peut impunément toucher la jambe droite; mais, dès que l'on touche à la gauche, le malade est aussitôt pris d'un tremblement général.

Quant au bras, la main est fermée, le pouce est recouvert par les autres doigts; la raideur musculaire ne s'étend qu'à l'avant-bras et au coude; si l'on essaye d'ouvrir les doigts, on cause au malade une douleur excessivement vive, ainsi qu'un tremblement limité au membre supérieur.

Il ressent en outre, sur la partie médiane de l'abdomen, des douleurs en ceinture excessivement vives et limitées au côté gauche. La région précordiale est le siège d'une hyperesthésie marquée.

19 janvier. — Le malade va un peu mieux; il souffre cependant toujours de la tête, et la sensibilité réflexe du côté gauche est toujours exaltée.

20 janvier. — Pollutions nocturnes très-fréquentes.

24 janvier. — La crise est complètement terminée; le ma-

lade a pu s'asseoir la veille dans le fauteuil. Depuis cette dernière crise, le pied gauche, qui, lorsqu'il s'appuyait dessus, se fléchissait toujours dans l'adduction, avec élévation du bord interne, conserve sa position normale sur le parquet.

25 février. — On transfère le malade à l'hôpital de la Charité. — 2 pilules de belladone de 5 centigr.

7 avril. — Le malade souffre depuis une quinzaine de jours de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Iodure de potassium, 1 gr. par jour.

14 avril. — Il commence à marcher avec des béquilles.

26 mai. — Le malade se plaint de ressentir depuis deux ou trois semaines un engourdissement assez prononcé sur le trajet du cubital droit. Le malade s'en plaint d'ailleurs depuis qu'il fait usage de béquilles. Par moments, lorsque le malade marche, il est obligé d'abandonner sa béquille, à cause de la douleur qui siège sur le trajet du nerf et qui est parfois accompagnée de fourmillements.

4 juin. — Le malade se plaint de douleurs siégeant le long de la colonne vertébrale et de légères faiblesses dans les jambes.

12 juin. — On commence de nouvelles séances d'électrisation avec les courants continus, en appliquant l'un des pôles sur la nuque, l'autre à la région lombaire de la colonne vertébrale.

6 août. — Le malade ressent, depuis la veille, des douleurs assez vives le long du dos et dans les jambes.

7 août. — Le malade a été pris la veille au soir d'une attaque de tétanie durant 12 heures.

Le malade a pris dans la journée 4 grammes de chloral. Pas d'amélioration.

8 août. — Nouvelle attaque de tétanie. On donne 12 gr. de chloral. La crise cesse dans la soirée; aussi le malade se

lève et peut marcher sans ses béquilles, en s'appuyant contre les murs.

9 août. — Attaque de tétanie presque généralisée à tout le système musculaire. On donne 14 gr. de chloral. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

10 août. — La crise est terminée. Il n'existe plus de contracture des membres supérieurs et inférieurs; seulement le malade ressent une grande fatigue et des douleurs au niveau des muscles de la région antérieure de l'avant-bras.

11 août. — La veille au soir, après avoir pris quelques grammes de chloral, le malade a eu une éruption rosée couvrant les joues et les bras. Cette éruption disparaît au bout de quelques heures. Rien de spécial à signaler pendant les autres mois.

1877, 9 janvier. — Le malade, dans la nuit du 8 au 9, est pris d'une nouvelle attaque de tétanie, annoncée par des crampes dans les mollets et par des douleurs d'estomac. Cette crise dure 24 heures. On donne 8 grammes de chloral.

10 janvier. — La crise continue. (10 grammes de chloral.)

11 janvier. — Les contractures des membres supérieurs diminuent beaucoup; les doigts sont à moitié ouverts; les contractures des membres inférieurs persistent encore.

12 janvier. — La contracture a totalement disparu. État de courbature, de malaise général.

20 mai. — Attaque de tétanie. Elle persiste un jour et une nuit.

25 juillet. — Nouvelle attaque de tétanie pendant 24 h.

1^{er} août. — L'état paraplégique s'est considérablement amendé; le malade, même sans béquilles, en boitant, peut marcher, mais bien lentement et bien difficilement; il sort en ville et fait d'assez longues courses avec ses béquilles; d'ailleurs, la paralysie des membres inférieurs présente les mêmes caractères généraux qu'autrefois.

NOTA. — L'état de ce malade s'est amélioré progressive-

ment dans les mois suivants, malgré quelques crises passagères, semblables aux précédentes par l'intensité, mais de bien plus courte durée. Au commencement de 1878, P. a tout à fait abandonné ses béquilles pour aller et venir dans l'hôpital, pour monter et descendre les escaliers: il se sert alors uniquement d'une canne, et marche avec lenteur en boitant fortement du pied droit.

OBS. CXL. — *Méningo-myélite subaiguë avec compression de la moelle. — Amélioration progressive.*

Le nommé Colin Désiré, âgé de vingt et un ans, employé.

Entré le 19 juillet 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 4.

Renseignements. — Il y a cinq ans, le malade, jusqu'alors bien portant, commença à ressentir des douleurs dans les membres inférieurs; ces douleurs n'apparaissaient que pendant la marche. Elles duraient quelque temps, puis disparaissaient par le repos; il en fut ainsi pendant trois mois. Au bout de ce temps, elles devinrent permanentes; elles existaient pendant la nuit comme pendant le jour, mais avec des périodes de rémission plus ou moins longues.

Au bout de trois mois environ, ces douleurs disparurent et furent remplacées par de l'engourdissement; le malade ne sentait plus du tout ses membres inférieurs, qui étaient très-lourds à mouvoir; bientôt les deux jambes devinrent très-tendues, raides. Aussitôt qu'il appuyait les pieds à terre, les jambes étaient agitées par un tremblement intense; cet état aurait duré deux ans.

Le médecin, qui le vit alors, lui appliqua des pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Il en éprouva un soulagement assez notable. Depuis un mois, les douleurs lombaires sont revenues assez intenses.

Etat actuel. — Le malade accuse une douleur en ceinture au niveau de l'ombilic; c'est surtout pour ces douleurs lombaires qu'il entre à l'hôpital, car, aux membres

inférieurs, elles sont modérées. Depuis six mois, sa vue se fatigue, et, après un certain temps de travail, il n'y voit plus; pour y remédier, il porte des lunettes à verres *convexes*. Élançements douloureux dans les membres inférieurs. C'est un homme encore assez bien constitué; ses réponses sont nettes et précises. Lorsqu'on lui fait tirer la langue, elle est agitée de légères contractions fibrillaires.

Tous les mouvements se font à peu près bien, même en faisant fermer les yeux du malade; cependant la marche est un peu hésitante et un peu lourde. Il est devenu malade de ses membres inférieurs.

La sensibilité cutanée est diminuée; sur la main et l'avant-bras, il faut écarter les branches d'un compas de plus de 5 centimètres pour qu'elles soient perçues séparément. Sur les membres inférieurs, l'écartement doit être encore plus considérable. Du reste, lorsqu'on pince fortement la peau ou lorsqu'on pique avec une épingle, ce malade ne distingue pas la sensation d'avec un simple attouchement.

Les masses musculaires ont leur volume normal; pas de contractures.

La miction et la défécation s'opèrent normalement.

Cœur. — Sain. Souffle doux à la base ainsi que dans les vaisseaux du cou.

Poumons. — Sains.

Urines. — Normales.

Traitement. — M. Vulpian fait des applications de pointes de feu le long de la colonne vertébrale (région lombaire). Il ordonne : iodure de potassium, 1 gr.; vin de quinquina.

30 juillet. — Les douleurs des membres inférieurs sont un peu calmées. Nouvelle cautérisation.

5 août. — Le malade est certainement mieux. Encore quelques contractions fibrillaires dans les muscles des jambes.

Le 20 août, on évacue le malade dans un autre service.

E. — *Tabes spasmodique.*

L'espèce morbide désignée sous le nom de *tabes spasmodique* n'a son histoire clinique à peu près achevée que depuis quelques années. Le nom, dans tous les cas, est de date récente; il a été employé pour la première fois par M. Charcot dans les leçons qu'il a consacrées à ce sujet, il y a deux ans, à l'hospice de la Salpêtrière.

Ollivier d'Angers avait déjà décrit les phénomènes essentiels de l'affection; mais il la confondit avec d'autres maladies chroniques de la moelle épinière; il en fut de même des observateurs qui suivirent. Erb, il y a quelques années, reprit l'étude de cette variété de myélite. Mieux que ses devanciers, il fit voir qu'il y avait un ensemble symptomatique à peu près constant, différent de celui des groupes morbides connus jusqu'alors, ensemble symptomatique qui, dans sa pensée, devait correspondre à une lésion également constante de la moelle; il décrivit la marche de cette affection, son diagnostic; mais c'est à M. le professeur Charcot que nous devons la description magistrale du *tabes spasmodique*. Dans ses leçons, si pleines d'enseignements, il appuya ses démonstrations de la présentation d'un grand nombre de malades qui étaient des types de l'affection. Quelques mois plus tard, le Dr Betous reprenait, dans sa thèse inaugurale, sous la direction de M. Charcot, l'ensemble de la question, en y ajoutant des documents importants.

L'étiologie de l'affection est inconnue, comme celle de la plupart des maladies chroniques de l'axe rachidien.

La symptomatologie est caractéristique. Les phénomènes se déroulent lentement, mais fatalement; les membres sont envahis progressivement les uns après les autres; chacun d'eux est frappé de la même façon et présente les