

rouge ni douloureuse, la voix n'est pas changée. Les choses durent ainsi tout le mois de mai, tout le mois de juin; dans les premiers jours de juillet, il survient de la fièvre; la digestion était déjà laborieuse, l'appétit presque nul; des vomissements se déclarent, et les aliments sont rejetés une demi-heure environ après le dîner; il n'en est pas de même après le premier repas. La santé générale me paraît assez gravement compromise pour que j'exige le départ immédiat pour le Midi : mon conseil est suivi. Arrivée à Orléans après trois heures de voyage, la malade, fatiguée, y passe la nuit dans un hôtel. Le jour même les vomissements cessent, la nuit est bonne, sans fièvre; le lendemain, la toux a disparu; la guérison était complète et depuis lors s'est maintenue. L'absence a d'ailleurs été prolongée plusieurs semaines.

Il y a quelques années, je voyais en consultation, avec mon honorable collègue M. Guibout, une demoiselle de vingt-sept ans, qui, depuis six mois, était atteinte d'une toux avec ce rythme particulier dont je vous ai parlé; il était survenu de l'inappétence, de l'anémie, et un amaigrissement qui inquiétait vivement la famille, cependant l'auscultation la plus attentive ne révélait rien d'anomal. Nous ordonnâmes un voyage et la guérison fut immédiate.

XLVII. — TREMBLEMENT SÉNILE ET PARALYSIS AGITANS.

Le tremblement *sénile* ne s'observe pas chez tous les vieillards et ne s'observe pas que chez les vieillards. — La *paralysis agitans* n'est pas une paralysie à son début. — Est une terminaison possible de la *chorea festinans*. — Tendance au recul. — La sclérose de la protubérance et du bulbe n'est pas constante.

MESSIEURS,

Dans nos conférences sur la danse de Saint-Guy, je vous ai dit que cette maladie, bien que l'apanage de la jeunesse et de l'adolescence, pouvait cependant se rencontrer chez des individus avancés en âge. Je vous ai cité à ce propos une longue et intéressante observation publiée par M. le docteur Henri Roger, et dont le sujet était une femme âgée de quatre-vingt-trois ans. Il ne faut pas confondre cette espèce de chorée avec une autre espèce que l'on appelle la *chorée sénile* (*chorea senilis*), ou mieux encore le *tremblement sénile*. Celle-ci est essentiellement différente de celle-là. Elle en diffère non-seulement par sa nature, par les conditions qui favorisent son développement, mais encore par la forme même des accidents qui la constituent, de telle sorte qu'il n'est pas besoin d'une longue expérience pour pouvoir à première vue distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

Relativement à sa forme, le tremblement dit sénile consiste en une agitation convulsive des muscles produite par une série de contractions involontaires mais uniformes, peu étendues mais se succédant avec une excessive rapidité. Généralement limitée d'abord aux extrémités, ou bien aux muscles du cou, cette agitation convulsive peut s'étendre à toutes les parties du corps. Ce tremblement n'est jamais plus prononcé que lorsque les individus qui en sont atteints cherchent à exécuter quelques mouvements volontaires, que lorsqu'ils sont sous l'empire d'une tension d'esprit un peu extraordinaire, d'une émotion morale. Le repos, le calme d'esprit, en diminuent la violence, ou la font cesser tout à fait : elle disparaît complètement pendant le sommeil.

Les causes de cette affection nous sont inconnues. On a coutume de dire que cette espèce de tremblement est un effet de la faiblesse que l'âge avancé entraîne avec lui; mais si le fait est vrai en quelques cas, il ne l'est plus d'une manière générale. D'une part, en effet, ce tremblement ne s'observe pas nécessairement chez tous les vieillards même très-avancés en âge; d'autre part, il se rencontre assez fréquemment chez des sujets dans l'âge mûr et même chez des adolescents. Vous n'êtes pas sans en connaître pour votre part des exemples. A ce titre, l'épithète de *sénile* appliquée à cette espèce de tremblement est aussi vicieuse que lorsqu'on l'applique à la gangrène qui

reconnait pour cause une oblitération artérielle, cette gangrène dite sénile pouvant se montrer à toutes les époques de la vie, et n'épargnant pas même les enfants.

Quoi qu'il en soit, cette espèce de chorée que je devais vous signaler est mal connue des pathologistes, bien qu'elle se présente assez souvent encore à notre observation. Ce qu'on en sait toutefois, c'est que c'est une affection essentiellement incurable.

Si le tremblement sénile ne doit pas être confondu avec la danse de Saint-Guy, il faut bien éviter aussi de le confondre avec la *paralysis agitans* dont une malade couchée au n° 2 de la salle Saint-Bernard nous offre en ce moment un exemple. C'est une femme âgée de soixante ans, exerçant le métier de femme de ménage. Elle raconte que le début de son affection remonte à deux ans; que depuis cette époque, mais plus encore depuis six mois, elle s'est aperçue d'une diminution rapide de ses forces physiques. Depuis lors aussi elle a été prise d'un tremblement qui, d'abord faible, a acquis une intensité telle, qu'il y a quatre mois elle s'est vue forcée de renoncer à ses travaux habituels, dans l'impossibilité où elle se trouvait de se servir de ses mains.

Ce tremblement, devenant plus général, a envahi la face; vous l'avez vue, la mâchoire inférieure convulsivement agitée, ne pouvant plus fermer la bouche, de façon qu'il y a un écoulement continu de salive.

Elle a conservé toute son intelligence; et si elle se plaint de la gêne qu'elle éprouve par suite de ces mouvements perpétuels qu'elle ne peut modérer, elle n'accuse aucune autre sensation douloureuse que celle d'une extrême fatigue après les paroxysmes de tremblement.

Ce tremblement est plus prononcé du côté droit que du côté gauche. A droite, les forces, essayées au dynamomètre, nous ont donné, par la pression de la main de la malade, 7 à 8 kilogrammes seulement; à gauche, beaucoup moins encore, 2 ou 3 kilogrammes. La sensibilité des téguments est d'ailleurs parfaitement intacte. Malgré cette diminution notable de la force de pression, il n'y a pas de paralysie à proprement parler. Ainsi, lorsque cherchant à plier ou à étendre les jambes ou les bras du sujet, nous lui recommandions de nous résister, elle le faisait avec une énergie que nous avions une certaine peine à vaincre.

J'ai encore appelé votre attention sur la conformation de la main de cette malheureuse femme: ses quatre doigts, déviés de leur direction normale et inclinés vers le bord cubital, forment avec l'avant-bras un angle d'environ 25 degrés.

Il s'est produit ainsi une demi-luxation métacarpo-phalangienne. Messieurs, cette *paralysis agitans*, comme le tremblement sénile, s'observe principalement dans le décours de la vie, néanmoins elle se rencontre encore dans l'âge viril, et je l'ai vue chez un jeune homme de vingt-sept ans. La maladie se présente quelquefois sous une autre forme qu'il est essentiel de connaître.

Le 16 octobre 1863, j'ai reçu dans mon cabinet un avocat âgé de cinquante-huit ans, homme d'une rare intelligence et qui, depuis quatre ans, à la suite de vives émotions, avait contracté la singulière névrose que je vais me charger de décrire, et qui, pour moi, n'était qu'une forme de la *paralysis agitans*. Quand il passa de la salle d'attente dans mon cabinet, il monta le corps en avant, en précipitant son allure, le bras droit demi-fléchi et appuyé contre le corps. Il y avait dans le bras droit un très-léger tremblement. Il s'assit avec quelque difficulté, et comme s'il avait eu de la roideur dans le tronc et dans les jambes. Il me raconta alors son histoire. En 1858 il avait, durant plus d'une année, donné les soins les plus assidus à sa femme qu'il aimait tendrement et qu'il avait perdue. Le chagrin, les veilles, l'avaient épuisé. Il avait alors une telle excitabilité nerveuse qu'il ne pouvait entendre sonner les cloches; le moindre bruit, la moindre contrariété, l'ébranlaient outre mesure. Il lui sembla bientôt que le bras était agité de légers tremblements, et que les mouvements du membre tout entier, et surtout de la main, devenaient de plus en plus difficiles. Bientôt la jambe du même côté s'embarassa. Les choses allèrent en empirant sans qu'aucune médication pût enrayer un instant les phénomènes morbides.

Puis le malade cessa d'écrire, et c'est avec une grande lenteur, une extrême difficulté, qu'il signe aujourd'hui son nom.

A le voir, c'est un paralytique; si maintenant on arrive à un examen plus approfondi, on ne tarde pas à se convaincre que la paralysie n'est qu'apparente et qu'il se passe là quelque chose de fort étrange, dont l'explication nous échappe.

En effet, si je mets dans la main prétendue paralysée le dynamomètre de Burq, le malade obtient par sa pression 50 kilogrammes, beaucoup plus que je n'obtiendrais moi-même. Du côté gauche, qui est sain, il obtient 42 kilogrammes seulement, 8 de moins que du côté qui semble paralysé. Si maintenant, faisant fléchir le bras, je commande au malade de résister à l'extension, il le fait avec une extrême énergie; il en est de même pour les mouvements de flexion, d'adduction et d'abduction. J'ajoute qu'il n'y a aucune roideur. Lorsque la volonté n'intervient pas, le membre est d'une parfaite souplesse et je puis le faire mouvoir dans tous les sens.

Que se passe-t-il donc ici? La force musculaire est conservée et pourtant la fonction exécutée par les muscles est presque abolie. Essayons d'analyser cet étrange phénomène. Lorsque l'intelligence commande, les muscles obéissent à l'instant, sans qu'un intervalle appréciable sépare l'acte de la volonté de l'acte musculaire. Le mouvement peut être répété dix, quinze, vingt, cent, mille fois de suite, comme dans la marche par exemple. Si vous supposez, messieurs, que dans l'accomplissement de deux pas, il se dépense une force musculaire que vous représenterez par 10 kilogrammes, en une heure, si le même acte se répète 1000 fois, il y aura eu 10 000 kilogrammes de force employés.

Voyons maintenant ce qui aura lieu chez un malade qui se trouve dans les conditions de celui dont je vous raconte l'histoire. Au lieu de faire mille pas en une heure, il n'en fera, par hypothèse, que cinq cents. Par le fait, chaque pas aura nécessité la dépense de 10 kilogrammes, en fin de compte, la dépense totale aura été de 5000 au lieu de 10 000 kilogrammes. En d'autres termes, la puissance motrice aura été moitié moindre.

Il se passait chez notre malade quelque chose de bien étrange. Je lui disais de fermer et d'ouvrir la main droite avec autant de rapidité qu'il le pouvait. Les premiers mouvements se faisaient vivement; mais un quart de minute ne s'était pas écoulé que les mouvements se ralentissaient, puis ne pouvaient plus s'accomplir; exactement comme cela se voit dans une machine à vapeur qui, chauffée d'une manière insuffisante, ne peut accomplir avec continuité la fonction qui lui est déparée. Que si, fermant un instant les soupapes, nous accumulons la vapeur, nous allons, pendant quelques minutes, rendre à l'engin la puissance qu'il devrait avoir; mais l'impuissance succède immédiatement à ce développement artificiel de forces; et, pour appliquer cette comparaison à mes malades, il semble qu'ils n'aient à dépenser qu'une dose déterminée d'influx nerveux lequel ne se renouvelle pas chez eux avec la même rapidité que chez les autres hommes. Il y a donc ici, non pas une paralysie dans l'acception ordinaire du mot, mais une impuissance relative et momentanée.

Le malade dont je viens de vous raconter l'histoire était atteint de cette forme de l'affection nerveuse qui n'est accompagnée que de peu de tremblement. Notre autre malade du n° 2 de la salle Saint-Bernard avait, au contraire, une agitation musculaire considérable. Chez l'homme, il y avait une contraction permanente des muscles et la sensation qu'il éprouvait était celle d'un effort continu. Chez la femme, au contraire, il y avait de temps en temps cette même sensation; mais, le plus souvent, l'agitation musculaire se montrait. Elle nous disait que depuis chaque paroxysme de tremblement, elle était fatiguée comme naguère après un exercice très-violent.

Si nous essayons d'analyser ce double état musculaire, nous comprendrons mieux ce qui se passe dans ce qu'on a si improprement appelé la *paralysis agitans*.

Dans le repos, tous nos muscles sont mis dans le relâchement. Leur fonction cesse momentanément, et, durant ce repos, l'aptitude perdue ou diminuée, par l'excès d'action, se récupère entièrement. En un mot, l'excitabilité se rétablit dans les conditions où elle était auparavant. Si vous supposez, au contraire, que, en vertu d'une modification des centres nerveux, le système musculaire soit toujours dans un état analogue à celui de l'effort continu, l'incitabilité s'épuise dans l'immobilité, les muscles extenseurs et fléchisseurs étant constamment et simultanément en action. Dans l'autre forme, le mouvement alternatif rapide et involontaire d'extension et de flexion qui constitue le tremblement, dépense l'influx nerveux, comme tout à l'heure la rigidité le faisait; et tout se résume par une puissance dépensée d'une façon inutile, au

préjudice de la fonction normale: de telle sorte que, lorsqu'il faudra manifester la puissance musculaire, les malades ne seront pas capables de le faire avec la même continuité ou avec la même force qu'auparavant, et ils seront dans les conditions d'un individu épuisé par une extrême fatigue.

Un état analogue s'observe encore chez certains malades atteints de ce que j'ai appelé *perte de l'incitabilité musculaire*, névrose bizarre dont j'ai vu de très-curieux exemples.

Une jeune dame de Tours, âgée de dix-huit ans, et mariée depuis six mois, venait à Paris, il y a quelques années, pour se faire traiter de cette étrange névrose. On la disait paralysée. Quand je la priais de marcher, elle se levait résolument, faisait, sans chanceler et avec une sûreté parfaite, dix, quinze, vingt, vingt-cinq pas, puis elle se sentait faiblir, et si elle ne trouvait pas un siège, elle était forcée de s'asseoir à terre. Après un exercice aussi peu considérable, elle était à bout de force, elle avait épuisé la dose d'incitabilité déparée à son système nerveux musculaire. Quelques minutes de repos suffisaient pour lui rendre les aptitudes perdues. J'ai, en 1862, revu une jeune dame exactement dans les mêmes conditions. Notez, messieurs, que ces deux faits ne sont que l'exagération de ce que vous voyez très-communément. La puissance de contenir les mouvements varie à l'infini, et nous n'avons pas plus le droit de considérer comme paralytiques les deux jeunes femmes dont nous venons de parler que celles dont les forces sont épuisées après dix, quinze, vingt, vingt-cinq minutes d'un exercice modéré.

Il est donc bien entendu, messieurs, que, dans le début de cette forme bizarre de chorée, que l'on appelle si improprement *paralysis agitans*, il n'y a pas de *paralysis*, puisque, dans certains cas, et tout récemment encore j'en ai observé un exemple, la puissance musculaire explorée avec le dynamomètre est, momentanément au moins, plus considérable du côté tremblant que du côté opposé. Mais, à la longue, il survient un affaiblissement réel, et vers la dernière période de la maladie, l'impuissance musculaire est telle qu'on ne peut se refuser à accepter l'existence d'une paralysie. Il faut remarquer pourtant que la sensibilité reste intacte.

Du côté des organes génito-urinaires, la faiblesse est encore plus évidente. Les hommes arrivent rapidement à l'anaphrodisie, et, dans les derniers temps, les urines sont difficilement retenues et il y a quelquefois incontinence, laquelle, il est vrai, pourrait tenir à une contraction tonique continue des fibres vésicales.

Il survient encore un accident qui rapproche beaucoup la *paralysis agitans* des paralysies qui reconnaissent pour cause une hémorrhagie ou un ramollissement du cerveau; je veux parler de la contracture.

En 1863, je voyais dans mon cabinet, un officier général de la marine qui, dans les deux dernières années d'un commandement difficile, avait été pris de *paralysis agitans*. Après un an, il lui avait été impossible d'écrire et, lorsque je le vis pour la première fois, il avait les deux derniers doigts de la main

droite invinciblement fléchis dans la paume de la main, et il ne pouvait qu'avec une lenteur et une peine extrêmes étendre le pouce et les deux doigts indicateur et médus.

D'abord partielle, cette espèce de chorée, que des auteurs du plus grand mérite ont confondue, non sans raison peut-être, avec la *chorea festinans*, cette *paralysis agitans* occupe un bras, par exemple. En même temps que celui-ci est constamment agité de tremblement, il est affecté d'une faiblesse qui, d'abord peu prononcée, fait rapidement des progrès. Bientôt la jambe du côté correspondant se prend à son tour, et avec le sentiment de la diminution de la force musculaire, arrivent les mouvements convulsifs involontaires. Le malade ne peut plus marcher qu'en sautillant. Son mal faisant des progrès, l'affection se généralise; le bras jusqu'alors sain et l'autre jambe sont pris; ses allures présentent alors quelque chose de tellement caractéristique, qu'on ne saurait plus s'y tromper, mais on ne saurait non plus en donner une description satisfaisante. Il se tient et marche le corps penché en avant, le bras du côté malade demi-fléchi et fortement appuyé au corps. Son centre de gravité se trouvant ainsi déplacé, il est obligé de courir, pour ainsi dire, après lui-même; il s'en va trotinant, sautillant, et il lui est impossible de changer de place sans aide; un bâton ne lui suffit pas toujours, et vous en verrez ne pouvoir marcher que les deux mains appuyées sur les épaules d'un serviteur, ou soutenus par derrière. Cet appui venant à leur manquer, ils tombent inévitablement.

Mais ce n'est pas seulement la progression irrésistible en avant qui caractérise la paralysie agitante, c'est aussi la progression également irrésistible en arrière. On dirait d'une machine montée sur laquelle la volonté n'a plus de part. Vous avez été témoins de ce phénomène, que j'ai observé pour la première fois tout récemment chez un vieillard de mon service et que j'ai depuis — le cherchant — retrouvé chez tous les malades qui sont venus me consulter. A l'homme dont je vous parle, qui marchait trotinant, le corps penché en avant, j'eus un jour l'idée d'adresser l'injonction de redresser *verticalement* son corps et de marcher comme tout le monde; alors il se redressa, mais aussitôt, chose étrange! il se mit à marcher à reculons, trotinant de la même façon et avec la même rapidité que l'instant d'auparavant dans le sens opposé. Ce symptôme, je vous le répète, je l'ai depuis retrouvé constamment, et c'est un fait qui jusqu'ici n'a pas été signalé, que je sache.

Il est encore une autre manière d'être de la paralysie agitante qu'il faut que je vous indique: c'est l'impossibilité pour certains malades de rester longtemps assis. M. le comte B..., chambellan de l'Empereur, était dans ce cas; même en présence de Sa Majesté, on le voyait, au bout de trois à quatre minutes, se lever comme mû par un ressort et marcher à petits pas, tout en s'excusant de cette faute involontaire d'étiquette, d'autant plus étrange qu'elle venait d'un premier chambellan.

Je dois vous dire toutefois que l'affection nerveuse affecte toujours une forme

paroxystique, et, après un accès qui peut durer de dix à quarante minutes et même plus, il y a, non pas de la douleur, mais une fatigue musculaire ressemblant à une courbature qui serait le résultat d'un exercice violent.

L'affection se généralisant encore davantage, les muscles du cou entrent également en convulsion; la tête est constamment branlante, les muscles de la face ne sont pas épargnés; alors, ainsi que vous l'avez vu chez notre femme, la mâchoire inférieure tombe, la bouche reste béante et laisse écouler continuellement la salive, qui souille et inonde les vêtements.

La parole est nécessairement embarrassée, confuse. D'un autre côté, la vessie se paralysant, il arrive une rétention et consécutivement une incontinence d'urine. Les facultés génératrices s'éteignent.

Ces mouvements convulsifs sont tellement, sinon violents, du moins répétés, qu'il en résulte des déformations des parties. Ainsi, les malades ayant leurs mains constamment appuyées, les doigts se luxent sur les métacarpiens, et leur face dorsale va former un angle avec la face dorsale de la main.

L'intelligence, d'abord intacte, finit par s'affaiblir, la mémoire se perd, et les personnes qui vivent dans la société du malade, s'aperçoivent bientôt qu'il n'a plus la lucidité ordinaire de son esprit; la caducité arrive bien avant l'âge.

Cette *paralysis agitans* est une maladie inexorable qui entraîne fatalement la mort dans un espace de temps plus ou moins rapproché, quels que soient les moyens de traitement que l'on emploie pour la combattre. Il est toutefois une observation singulière que j'ai pu faire chez trois individus que j'ai suivis jusqu'à la fin: ils sont tous morts de pneumonie. Il est peu probable que d'autres praticiens aient l'occasion de constater une semblable coïncidence entre une névrose et la péripneumonie.

Parkinson, Oppolzer et Lebert ont trouvé dans des cas de *paralysis agitans* des lésions anatomiques qu'il importe de signaler, et, à ce sujet, permettez-moi de mettre sous vos yeux un fait observé avec le plus grand soin par M. le professeur Oppolzer (de Vienne).

Un homme de soixante-douze ans, très-maigre et très-chétif, fut admis à la Clinique de Vienne le 20 juin pour être traité d'un tremblement violent qui le mettait hors d'état de se servir de ses mains. Voici ce qu'a raconté cet homme concernant le début de sa maladie: Il n'avait, jusqu'à l'âge de soixante ans, éprouvé aucune maladie sérieuse, lorsqu'en 1848, pendant le bombardement de Vienne, il fut conduit par le hasard au milieu du lieu du combat. Là, il fut saisi d'une terreur telle, qu'il lui fut impossible de retourner chez lui, et qu'on fut obligé de l'y conduire. A peine s'était-il un peu remis, qu'une bombe vint à éclater près de sa maison, et renouvela son effroi. Quelques heures après ces divers événements, en voulant prendre un peu de nourriture, il s'aperçut qu'il lui était impossible de se servir de ses mains, parce qu'elles étaient prises immédiatement d'un tremblement violent dès qu'il s'agissait d'opérer un mouvement. Il remarqua aussi peu de temps après, que les membres inférieurs étaient également le siège d'un tremblement; mais celui-ci était beaucoup

moins violent et n'empêchait pas la marche. La maladie, non-seulement résista à tous les moyens employés, mais encore s'aggrava progressivement. Le tremblement persistait même pendant le repos du malade, et s'étendit à des muscles qui jusque-là n'avaient point été envahis ; enfin il s'y joignit de la paralysie. Au bout de quelques années, le malade se vit dans l'impossibilité de demeurer dans la position verticale ; dès qu'il cherchait à se tenir debout, il éprouvait une irrésistible propension à tomber en avant ; il lui fallait alors, pour éviter la chute, saisir les objets environnants ou marcher à pas précipités. L'acuité de ses sens et des facultés intellectuelles avait diminué lentement, mais d'une manière progressive.

L'usage du thé, du café ou des boissons spiritueuses, augmentait toujours le tremblement ; l'agitation des membres inférieurs était surtout prononcée le soir, lorsque le malade avait marché pendant la journée.

Environ six mois avant son admission à l'hôpital, les sphincters, celui de la vessie en particulier, furent pris de paralysie ; et ces accidents, au bout d'un mois de traitement, parurent s'être quelque peu amendés.

Plus tard, à la suite d'un violent accès de vertige, le malade s'affaissa tout à coup sur lui-même, et se trouva dans l'impossibilité de se relever ; cependant il ne perdit nullement connaissance pendant toute la durée de l'attaque. Depuis cette époque, l'émaciation s'est accrue très-rapidement ; la station et la marche ne sont plus possibles que pendant un très-court espace de temps, et elles exigent de grands efforts ; en outre, la parole est embarrassée.

Lors de son admission à la Clinique, le malade était dans l'état suivant : Amaigrissement très-prononcé ; teinte terreuse du tégument externe, dont la surface est recouverte de nombreuses écailles épidermiques ; la sécrétion de la sueur, augmentée au visage, paraît diminuée, au contraire, sur les autres parties du corps, la température cutanée semble inférieure à ce qu'elle est dans l'état normal.

Les muscles de la face, de la langue, du cou, ceux des extrémités supérieures, sont agités de tremblements violents, incessants pendant la veille, et qui ne cessent complètement que lorsque le sommeil est profond.

Les extrémités inférieures ne tremblent que d'une manière périodique, et dans les moments où il y a exacerbation générale de tous les symptômes. Les muscles atteints de tremblement sont en même temps le siège de contractures, principalement les muscles du cou et des épaules.

Les pupilles sont également dilatées, et se rétrécissent également sous l'influence de la lumière.

La bouche ne peut être close qu'incomplètement, et la salive coule des deux côtés sur la peau du menton.

Il ne paraît exister aucune lésion viscérale ; il y a seulement un peu de matité en avant et en arrière dans la région correspondant au sommet du poumon droit. En ces points, en outre, l'auscultation fait percevoir une diminution du murmure respiratoire. Les artères temporales et celles des extrémités, l'artère brachiale du côté droit principalement, sont flexueuses et rigides.

Partout la sensibilité est normale. Les muscles réagissent, bien qu'assez faiblement, sous l'influence de l'incitation électrique.

Il y a souvent des vertiges, plus rarement de la céphalalgie. L'évacuation des matières fécales a lieu d'une manière normale ; les urines sont alcalines et contiennent une certaine quantité de pus.

Le malade répond très-lentement, mais assez nettement, aux questions qu'on lui adresse. La physionomie exprime l'indifférence et l'apathie. On prescrit l'emploi du sous-carbonate de fer (4 grammes en six doses pour trois jours).

Voici maintenant l'indication sommaire des phénomènes observés ultérieurement. Du 22 au 24 juin, diarrhée assez intense, avec selles involontaires, qui cèdent à l'emploi des lavements laudanisés. On reprend, le 24, l'usage du carbonate de fer, qui avait été supprimé momentanément pendant l'existence de la diarrhée.

Le 25 juin, le malade a peu dormi la nuit et il a eu du délire ; vers dix heures du matin, il se déclare un accès épileptiforme, pendant lequel la tête était convulsivement entraînée à droite tandis que l'œil droit était tourné en dehors et en haut, l'œil gauche en bas et en dedans. En même temps les paupières et la langue étaient le siège de mouvements d'oscillation continuels, tandis que les muscles du visage et du cou étaient roides et durs. Les membres inférieurs et supérieurs, au contraire, restèrent flasques et n'offrirent que peu de résistance aux mouvements qu'on cherchait à leur imprimer. Pendant cet accès qui dura à peu près huit minutes, la respiration et le pouls étaient faibles et irréguliers ; la perte de connaissance était absolue.

Le 1^{er} et le 7 juillet, de nouveaux accès éclamptiques se déclarèrent, à la suite desquels le tremblement cessa chaque fois, pendant une demi-heure environ, pour se montrer ensuite de nouveau avec sa première intensité. D'ailleurs, la sensibilité générale parut s'émousser et s'amoindrir de jour en jour ; le visage présentait une expression de stupeur qui rappelait la physionomie des individus atteints de fièvre typhoïde parvenue à la seconde période. Le ventre était ballonné ; il y avait des selles involontaires ; l'urine contenait une certaine quantité de carbonate d'ammoniaque, et renfermait toujours quelques globules de pus ; le malade était plongé dans une sorte de sommeil incomplet, et il était à peu près impossible de fixer son attention. Il ne répondait que par des monosyllabes aux questions qui lui étaient adressées ; les forces diminuèrent rapidement, et il survint, dans les derniers temps de sa vie, une pneumonie. Le malade succombait le 11 juillet.

A l'autopsie on trouve : plusieurs cavernes tuberculeuses au sommet du poumon droit ; hépatisation granuleuse du lobe inférieur du même poumon ; les deux ventricules du cœur sont dilatés et contiennent du sang coagulé, leurs parois musculaires sont décolorées et friables ; induration de la base des valvules aortiques ; dilatation et ossification de la crosse de l'aorte ; rate volumineuse ; la membrane muqueuse vésicale est rouge, injectée, et la tunique

musculaire de la vessie est également injectée ; les autres organes abdominaux ne présentent d'ailleurs aucune altération notable.

Les parois de la voûte crânienne sont très-minces, et présentent des rugosités à la surface de la table interne. La dure-mère est épaissie et adhérente, çà et là, à la table interne de la voûte du crâne ; la pie-mère est opaque, infiltrée de sérosité ; il existe également une assez grande quantité de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les circonvolutions cérébrales sont amincies, les sillons qui les séparent paraissent plus profonds qu'à l'état normal ; la substance corticale est d'un brun pâle, la substance médullaire parfaitement blanche et sillonnée de vaisseaux dilatés ; la substance cérébrale est consistante, humide. Dans les ventricules, il y a plusieurs drachmes de sérosité transparente ; l'épendyme, principalement au niveau de la corne postérieure, est granuleux. Dans l'épaisseur de la couche optique du côté droit on trouve un kyste apoplectique du volume d'un petit haricot, et dont les parois contiennent du pigment. *Le pont de Varole et la moelle allongée sont très-manifestement indurés.* La moelle épinière est consistante ; dans les cordons latéraux, principalement à la région lombaire, la substance médullaire est parsemée de stries grises opaques. A l'examen microscopique, on trouve dans l'épaisseur du pont de Varole et de la moelle allongée une production anormale de tissu conjonctif, ce qui explique l'induration que présentent ces parties. *Quant aux stries opaques observées dans les cordons latéraux de la moelle, elles dépendent de la présence du tissu conjonctif en voie de développement.*

J'appelle un instant, messieurs, votre attention sur l'induration de la moelle allongée et du pont de Varole, ainsi que sur les stries grises opaques dont étaient parsemés les cordons latéraux de la moelle, principalement à la région lombaire. Toutes ces altérations, de même que celles qu'avaient constatées Parkinson et M. Lebert, résultaient d'une hypertrophie du tissu conjonctif de la moelle. Cette hypertrophie est la conséquence d'une prolifération des éléments de ce même tissu conjonctif, et cette prolifération qu'est-elle, sinon le résultat d'une hyperémie jusqu'à un certain point phlegmasique ? Mais, d'ailleurs, cette hypertrophie de l'élément *accessoire* dans la moelle, — le tissu conjonctif, — entraîne nécessairement la *sclérose* de la moelle et par suite la compression des éléments *essentiels*, — la cellule et le tube nerveux, — puis l'atrophie et finalement la dégénérescence graisseuse de ces éléments.

Cependant il faudrait bien se garder de croire que cette sclérose soit la condition anatomique indispensable de la paralysie agitante. Je dois à l'obligeance d'un de mes savants collègues, M. le docteur Charcot, la communication de trois cas de cette affection : or, dans l'un d'eux, il y avait une *sclérose en plaques* de la moelle allongée et de la protubérance, mais, par contre, dans les deux autres cas, « tous les symptômes de la paralysie agitante avaient existé de la manière la plus manifeste, et cependant, à l'autopsie,

aucune altération, soit de la moelle allongée, soit de la protubérance, n'a pu être rencontrée (1). »

Ainsi la sclérose du bulbe et de la protubérance n'est pas la condition anatomique essentielle et caractéristique de la maladie dont je vous parle en ce moment. Cependant la majorité des observateurs a rencontré cette lésion en ces points. Que si, maintenant, nous considérons que la sclérose est le dernier terme d'une série morbide dont l'hyperémie est le premier, peut-être arriverons-nous à concilier ce qu'ont en apparence de contradictoire les observations des savants dont je vous ai cité les noms et celles du médecin non moins savant dont je vous rapporte actuellement les propres observations. Pour moi, il y a là une affection que j'appellerai — pour faciliter le discours — une phlegmasie circonscrite de certaines parties de l'axe cérébro-spinal, phlegmasie bâtarde, si vous voulez, essentiellement chronique et latente, dont les conséquences ultimes sont la sclérose avec dégénérescence graisseuse des éléments nerveux et ramollissement possible des cordons médullaires.

Le traitement doit s'inspirer de cette doctrine, et une observation d'un de mes collègues, le professeur Axenfeld, vient à l'appui de ma manière de voir. Mon savant ami a, en effet, réussi à enrayer le travail hyperémique et les symptômes de la paralysie agitante, en appliquant la médication révulsive sur la région supérieure de la colonne vertébrale.

C'est pour la même raison qu'on pourra rationnellement prescrire l'iodure de potassium, les bains sulfureux. J'ai moi-même, dans quelques circonstances, obtenu de bons effets de l'essence de térébenthine à haute dose et de l'hydrothérapie.

Elliotson dit avoir guéri un malade par l'emploi du sous-carbonate de fer ; mais ce succès est resté unique en son genre : l'auteur lui-même ne l'a pas vu se répéter sous ses yeux, et Romberg qui l'a employé, à l'exemple d'Elliotson, l'a vu constamment échouer. Peut-être la médication du médecin anglais n'a-t-elle une fois réussi que parce que l'individu était anémique.

En résumé, messieurs, j'en ai jamais guéri un malade atteint de paralysie agitante, je vous ai dit quelle en était la nature anatomique probable, je vous en ai indiqué le traitement rationnel, mais je crois de mon devoir de vous dire que, arrivée à un certain degré, cette triste affection est aussi inexorable que l'ataxie locomotrice dont j'aurai plus tard l'occasion de vous parler.

(1) Charcot, *Communication écrite*, 4 mai 1867.