

malade de porter un verre à sa bouche. On a soin de placer le verre assez loin afin que le sujet soit obligé d'étendre le bras pour le prendre et d'accomplir ainsi un mouvement étendu; on a soin aussi de remplir d'eau le verre, car la crainte qu'éprouve le malade d'en renverser exagère notablement l'intensité du tremblement (Charcot). C'est dans l'écriture qu'on trouve en général la première manifestation du tremblement; mais au fur et à mesure qu'il s'accuse il gêne de plus en plus le malade, non seulement dans toutes ses occupations, mais dans l'accomplissement de toutes ses fonctions, la satisfaction de tous ses besoins, et il peut arriver à compromettre gravement l'alimentation.

**B. Sensibilité.** — *a. Troubles de la sensibilité générale.* — Ces troubles ont été notés dans un certain nombre d'observations anciennes, mais vu leur rareté, vu l'absence de tout caractère spécial, il était admis qu'ils ne font pas partie du tableau clinique de la sclérose en plaques et que, dans cette affection la sensibilité générale peut être considérée comme intacte, du moins en principe.

Freund<sup>(1)</sup> de Breslau, plus récemment Oppenheim<sup>(2)</sup>, à la suite de l'examen minutieux de nombreux cas de scléroses en plaques, sont arrivés à des conclusions différentes; pour eux les troubles de la sensibilité générale existeraient en réalité très fréquemment, et si on les observe si peu, c'est qu'ils sont légers, temporaires et changeants.

Parmi les troubles subjectifs, Freund cite les fourmillements, les engourdissements, les sensations anormales de froid et de chaud, parfois de véritables douleurs, soit diffuses, soit fulgurantes, soit en ceinture, pouvant par conséquent simuler d'une façon plus ou moins complète celles du tabes. Oppenheim a trouvé la cause d'une névralgie du trijumeau dans une plaque de sclérose située à l'émergence de ce nerf.

Quant aux troubles objectifs, ce sont surtout des altérations du toucher, de la sensation de pression, de la sensibilité thermique, du sens musculaire (ces derniers rares); assez fréquemment aussi on observe de l'analgésie, de l'hypalgésie, de l'hyperalgésie à la piqûre. Pour les cas dans lesquels il existe de l'hémianesthésie, il en sera question plus loin à propos de la coïncidence de l'hystérie avec la sclérose en plaques; il est possible d'ailleurs qu'un certain nombre des troubles objectifs ou subjectifs dont il vient d'être question aient des relations plus ou moins directes avec l'hystérie.

*b. Sensibilité spéciale* (3). — Par rapport aux sens du *goût* et de l'*odorat*, on a quelquefois signalé des troubles plus ou moins accentués, mais ceux-ci semblent être rares et en tout cas sont peu connus.

L'*ouïe* est ordinairement normale, mais le *vertige* est assez fréquent et serait dans un grand nombre de cas un phénomène précoce et même prémonitoire (Charcot): il survient par crises, brusquement, sans bourdonnements ni sifflements d'oreille préalables; le malade a la sensation de vide et de rotation du vertige rotatoire; il se sent soulevé et tournoyant en l'air et est parfois violemment jeté à terre.

(1) C. S. FREUND. Ueber das Vorkommen von Sensibilitätsstörungen bei multipler Herdsklerose. *Arch. f. Psych.*, XXII.

(2) OPPENHEIM. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896.

(3) Bien que n'appartenant pas aux symptômes spinaux, les troubles de la sensibilité spéciale ont été rangés ici pour ne pas interrompre la description des troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques.

Les altérations portant sur le sens de la *vue* comptent parmi les plus fréquentes et les mieux étudiées (Gnauck, Parinaud, Uhthoff).

Presque toutes les parties des organes visuels peuvent être atteintes: muscles externes de l'œil, pupille, papille, etc....

Au point de vue du diagnostic, le *nystagmus* occupe une place tout à fait prépondérante. Il est presque toujours horizontal; ce n'est que d'une façon tout exceptionnelle qu'il peut se montrer vertical (Uhthoff) ou plus exceptionnellement encore rotatoire. Tantôt il est tout à fait spontané et permanent, tantôt il ne se montre qu'à l'occasion des mouvements extrêmes de l'œil, lorsque le regard se trouve dans une position forcée; d'où la nécessité, pour rechercher l'existence du nystagmus ou des secousses nystagmiformes, de faire porter l'œil du malade, soit tout à fait en dedans, soit tout à fait en dehors. Kunn<sup>(1)</sup> a même constaté chez 5 malades un nystagmus qui ne se produisait que dans l'examen d'un objet rapproché, alors que la convergence entrainait en jeu.

Les *paralysies des muscles de l'œil* ne sont pas extrêmement rares dans la sclérose en plaques (17 pour 100 des cas, Uhthoff); elles siègent surtout sur le moteur oculaire externe, soit uni soit bi-latéralement, et sur le moteur oculaire commun; ce sont plutôt des parésies que des paralysies véritables; ces parésies ont en outre pour propriétés d'être partielles, incomplètes, transitoires. Parinaud a montré que parmi les troubles les plus caractéristiques de la motilité oculaire figurent les paralysies ou les parésies des mouvements associés: celles-ci peuvent porter à la fois sur toute la musculature externe de l'œil, et l'on a alors une ophtalmoplégie ou une ophtalmoparésie externe, ou bien, le plus souvent, ce sont surtout les mouvements de latéralité externe qui sont affectés. Ces parésies donnent, au point de vue fonctionnel, naissance à de la diplopie qui, comme elles d'ailleurs, est ordinairement transitoire et prend naissance dans les positions du regard qui exigent un effort de ceux des muscles qui sont en état de parésie. Le strabisme est ordinairement signe de paralysie, mais non toujours, car Kunn<sup>(2)</sup> a remarqué plusieurs fois du strabisme avec diplopie sans aucune contracture ni paralysie: il explique cette déviation par un trouble des mouvements associés, dû sans doute à l'existence d'une plaque de sclérose sur les fibres d'association des différents noyaux des nerfs moteurs de l'œil.

Quant à la *pupille*, son jeu est loin d'être régulier: tantôt on constate de l'inégalité pupillaire, tantôt une faiblesse de réaction, soit pour la convergence, soit pour la lumière; parfois, au contraire, le réflexe à la lumière se fait d'une façon anormalement intense, même lorsqu'il existe du myosis (Parinaud).

Il n'est pas jusqu'à la *papille* qui ne soit plus ou moins gravement atteinte; les troubles fonctionnels que l'on constate du côté de la vision consistent, d'après Parinaud, soit en une diminution lente et progressive de l'acuité visuelle pour les deux yeux, avec intégrité du champ visuel, mais production d'un certain degré de dyschromatopsie pour le rouge et le vert, soit dans une cécité complète généralement transitoire et suivie d'une profonde amélioration. Dans cette forme le champ visuel est ordinairement altéré. Enfin, dans d'autres cas le trouble de la vision est persistant et il y a un rétrécissement irrégulier du champ visuel sans dyschromatopsie.

Les *modifications du champ visuel* au cours de la sclérose en plaques sont donc loin d'être rares. Uhthoff en décrit quatre variétés principales:

(1) KUNN. *Beiträge zur Augenheilkunde* XXIII, p. 65.

(2) KUNN. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1896.

A. Scotome central avec conservation de la périphérie du champ visuel.

B. Scotome central avec rétrécissement concomitant de la périphérie du champ visuel.

C. Rétrécissement périphérique du champ visuel qui est irrégulier avec vision centrale relativement intacte.

D. Rétrécissement concentrique régulier analogue à celui des hystériques (c'est la variété la plus rare — 1 fois sur 24 cas).

En outre de la fréquence du rétrécissement du champ visuel, il convient de rappeler celle de la *dyschromatopsie* (1); en s'ajoutant au précédent, ce phénomène contribue à renforcer les analogies qui existent entre l'œil de la sclérose en plaques et l'œil hystérique. D'après Charcot, cette dyschromatopsie aurait cependant dans les deux affections des caractères distincts : dans la sclérose en plaques il s'agirait surtout d'une dyschromatopsie dans laquelle, comme dans celle du tabes, le bleu et le jaune seraient les couleurs les mieux conservées, tandis que dans l'hystérie ce serait le rouge.

Un autre caractère des troubles visuels de la sclérose en plaques est d'être ordinairement *unilatéraux*, ou tout au moins *asymétriques* quand ils sont bilatéraux.

Leur début est parfois subit, parfois il est progressif; dans certains cas ces troubles visuels constituent la première manifestation de la sclérose en plaques, dans d'autres cas ils ne surviennent que lorsque celle-ci est déjà parvenue à une période plus ou moins avancée.

Objectivement on peut d'ailleurs constater du côté de la *papille* des altérations fort nettes; d'après Uhthoff, tantôt celle-ci est complètement atrophiee et décolorée, tantôt sa décoloration est incomplète et porte surtout sur sa partie externe, tantôt ce sont les parties externes qui sont le plus décolorées, la partie interne conservant sa teinte normale, tantôt enfin il s'agit d'une véritable névrite optique avec hyperémie, aspect trouble et prééminence de la papille, vaisseaux voilés et dilatés, etc.... L'existence de cette atrophie papillaire avait d'ailleurs été particulièrement notée par Charcot au cours de ses études sur la sclérose en plaques.

Ces altérations du fond de l'œil seraient fréquentes (52 pour 100 des cas, Uhthoff).

C. **Troubles viscéraux.** — Il est rare que ces troubles acquièrent un degré prononcé; on comprend cependant que lorsque les plaques de sclérose sont assez étendues et empiètent notablement sur la substance grise médullaire, elles puissent donner lieu à des troubles gastriques ou génito-urinaires divers.

Parmi ces troubles on peut citer l'*incontinence* ou la *rétenion de l'urine et des matières fécales*, l'*impuissance* ou, au contraire, l'*excitation génitale*, et encore des *crises gastriques* plus ou moins analogues à celles du tabes.

Oppenheim (2), contrairement à l'opinion généralement admise, regarde ces troubles comme fréquents. Son élève Kahleyss (3) va même jusqu'à les consi-

(1) Buzzard a particulièrement insisté sur l'analogie des troubles du côté de la papille et du champ visuel, comparativement dans la sclérose en plaques et dans l'hystérie; il pense que dans un certain nombre de cas, considérés comme appartenant à l'hystérie, il s'agit en réalité d'une sclérose en plaques méconnue.

(2) OPPENHEIM. *Charité Annalen*, 1888.

(3) KAHLEYSS. Ueber das Verhalten der Blasen und Mastdarmfunktion bei der disseminierten Sklerose. *Inaugural Dissertation*, Berlin, 1890.

dérer comme appartenant à la symptomatologie ordinaire de la sclérose en plaques. Pour lui ils surviendraient non pas seulement dans la période terminale, mais bien dans le cours même de cette affection; il déclare qu'il serait rare de trouver un cas dans lequel ils aient manqué [complètement pendant toute la durée de la maladie.

D. **Troubles trophiques.** — Moins souvent encore que les troubles viscéraux, on voit survenir dans la sclérose en plaques ces troubles trophiques; cependant on a pu dans quelques observations constater les suivants :

Des *troubles cutanés* variés : éruptions érythémateuses, papuleuses ou bulleuses, œdèmes et sueurs localisés (Brauer), etc.;

Des *altérations des ongles* analogues à celles qui se voient chez certains tabétiques (Domecq-Turon) et la *chute des cheveux*;

Des *escarres fessières*, celles-ci survenant d'ailleurs, en général, surtout à la période terminale;

Des *altérations articulaires* douloureuses ou non, du gonflement des articulations phalangiennes entre autres;

Enfin des *amyotrophies* ont été signalées dans des observations extrêmement nombreuses (Charcot, Jolly, Leube, Schüle, Buchwald, Otto, Engener, Glorieux, Rummo, Pitres, Raymond, etc., etc.) : elles viennent d'être spécialement étudiées par Lejonne (4). Elles siègent le plus souvent aux membres supérieurs et se localisent de préférence, comme l'amyotrophie spinale dite d'Aran-Duchenne, aux muscles de la main, éminences thénar et hypothénar et interosseux; elles ont une tendance dans les premiers temps à l'unilatéralité (type hémiplegique) et plus tard, quand les deux côtés sont pris, à la symétrie (type bilatéral). Elles s'accompagnent de troubles paralytiques qui paraissent parfois au début d'origine uniquement atrophique, mais qui plus tard sont généralement beaucoup plus accentués que l'atrophie. Parfois très précoces, elles peuvent être le premier signe de l'affection, comme dans un cas de Brauer (5), contrôlé par l'autopsie, où seul le développement ultérieur d'une paraplégie spasmodique permit le diagnostic de sclérose en plaques. Comme toutes les amyotrophies d'origine médullaire elles s'accompagnent de modifications quantitatives et qualitatives de la contractilité électrique; mais ces modifications sont généralement peu accentuées parce qu'il reste presque toujours au milieu des fibres malades un grand nombre de fibres saines, et jamais on n'observe la réaction de dégénérescence (Huet et Lejonne). Les atrophies, le plus souvent assez légères pour chaque muscle, ont en revanche une assez grande tendance à la diffusion, cependant elles respectent toujours la face, le cou et le tronc; plusieurs fois elles ont été assez généralisées pour faire porter le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique (Pitres, Déjerine, Skolosubow); Charcot avait décrit déjà une forme atrophique de la sclérose en plaques.

(4) LEJONNE. *Thèse de Paris*, 1905.

(5) BRAUER. *Neurol. Centralbl.*, 1899.