

## II. — SYMPTOMES BULBAIRES

Parmi les symptômes rangés dans cette catégorie on a signalé :

Des troubles de la mastication et de la déglutition; ces phénomènes sont en somme assez rares.

De la paralysie avec atrophie des muscles de la face.

Du tremblement de la langue, celui-ci présentant des modalités variables : tantôt c'est un véritable tremblement fibrillaire, parfois avec atrophie linguale (il n'est pas sûr qu'il s'agisse alors de cas de sclérose en plaques très purs), tantôt ce sont plutôt des secousses irrégulières dans les mouvements intentionnels de la langue, de la difficulté à tenir celle-ci tirée hors de la bouche.

Un tremblement des cordes vocales avec ou sans parésie a été observé plusieurs fois au laryngoscope par différents auteurs (Leube, Lori, Collet<sup>(1)</sup>, Zwicky<sup>(2)</sup>); ce tremblement est provoqué par la parole et même parfois simplement par la respiration, qui devient saccadée (Oppenheim).

Des crises d'asphyxie, de l'accélération du pouls ont été constatées exceptionnellement.

La glycosurie a été observée à plusieurs reprises; elle est ordinairement attribuée (Richardière, Blanche Edwards) à l'existence de plaques scléreuses siégeant au niveau du quatrième ventricule, dans la région dont la piqûre détermine la présence du sucre dans les urines.

La polyurie qui se voit également quelquefois semble provenir d'une cause analogue.

## III. — SYMPTOMES CÉRÉBRAUX

Les troubles de la parole constituent un des symptômes les plus caractéristiques de la sclérose en plaques, tant par leur fréquence dans cette maladie que par leur aspect vraiment singulier.

Ce qui distingue ces troubles de la parole, c'est que chez ces malades la voix est pour ainsi dire spasmodique; on sent que, dans l'émission de la parole, toute la musculature de l'appareil pharyngo-laryngé est dans un état de contraction intense, d'où le timbre spécial qu'acquiert la voix, comme si le malade, pour parler, était obligé à un effort des plus violents.

Par suite de cette persistance de l'effort, la parole présente en outre une monotonie extrême, et comme chaque syllabe nécessite pour ainsi dire une nouvelle poussée de la part du malade, elle est scandée. Spasmodique, monotone et scandée, tels sont les trois principaux caractères qui distinguent la parole des individus atteints de sclérose en plaques.

Quelques auteurs (von Krzewicki<sup>(3)</sup>, Collet<sup>(4)</sup>), ont en outre signalé chez ces

<sup>(1)</sup> COLLET. *Lyon méd.*, 1897, n° 4.

<sup>(2)</sup> ZWICKI. *Deutsche med. Woch.*, 24 avril 1892.

<sup>(3)</sup> VON KRZEWICKI. Ein Fall von multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder. *Deutsche med. Wochenschr.*, 14 mars 1892.

<sup>(4)</sup> COLLET. Le tremblement des cordes vocales et les troubles de la phonation dans la sclérose en plaques. *Annales des maladies du larynx*, février 1892.

malades l'existence d'un tremblement des cordes vocales présentant les plus grandes analogies avec le tremblement intentionnel des membres.

Les troubles intellectuels font-ils partie intégrante du tableau clinique de la sclérose en plaques? La réponse à cette question est analogue à celle qui peut se poser au sujet des troubles sensitifs et des troubles viscéraux. Si, par troubles intellectuels, on comprend seulement l'aliénation mentale ou les états voisins, il est certain qu'ils sont rares dans la sclérose en plaques; si, au contraire, sous cette rubrique, on fait rentrer toutes les modifications, si légères soient-elles, que ces malades peuvent présenter dans leur état mental, on peut affirmer que chez eux les troubles intellectuels sont fréquents.

Parmi ceux-ci on doit particulièrement citer un affaïssissement intellectuel plus ou moins marqué, qui va parfois jusqu'à donner aux malades une expression naïve et même enfantine; dans quelques cas ceux-ci deviennent apathiques, indifférents ou même mélancoliques. Quand la maladie s'est développée dans l'enfance il y a fréquemment arrêt du développement intellectuel (Bourneville)<sup>(1)</sup>. Il ne faudrait d'ailleurs pas toujours s'en rapporter à l'aspect de ces malades pour juger leur état mental. C'est ainsi que quelques-uns, par exemple, ne présentent en réalité que des troubles intellectuels médiocres et cependant sont pris d'accès de fou rire qui feraient supposer qu'ils sont extrêmement déçus au point de vue psychique. Ce rire est un véritable rire spasmodique que le malade est absolument hors d'état de modérer, aussi dure-t-il souvent plusieurs minutes. Oppenheim l'a même vu être assez intense et assez prolongé pour déterminer la cyanose de la face et inspirer des craintes d'asphyxie. Parfois, mais beaucoup plus rarement que le rire, on observe des pleurs survenant sans raison suffisante.

Quant aux cas dans lesquels surviennent des troubles très marqués de l'intelligence, tels qu'un délire des grandeurs, ou même une démence complète, il est loin d'être certain que ce soient toujours là des cas de sclérose en plaques; ces phénomènes se montrent, en effet, au cours d'autres formes de sclérose disséminée, mais de nature différente de la sclérose en plaques typique.

Parmi les troubles intellectuels on peut encore compter le vertige qui, chez certains sujets, rend la marche extrêmement difficile; il s'agit là d'un vertige d'origine cérébelleuse tenant très vraisemblablement à l'existence de plaques dans le cervelet. Quant au vertige de Ménière (vertige auriculaire), signalé dans quelques observations, on peut le considérer comme rare.

Enfin il survient quelquefois, au cours de la sclérose en plaques, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes; les premières sont incomparablement les plus fréquentes (Charcot) : après ou sans prodromes, perte de connaissance pouvant aboutir plus ou moins rapidement à un véritable coma; le pouls est fréquent, la température s'élève à 39, 40 et même 41 degrés; le plus souvent cette attaque apoplectiforme s'accompagne d'une hémiplégie qui, elle, persiste après que l'état apoplectique a disparu (en général au bout de 1 à 2 jours). Cette hémiplégie est d'ailleurs transitoire, comme nous l'avons déjà vu, mais elle est plus longue à disparaître que l'attaque apoplectiforme qui l'a accompagnée. Les attaques de ce genre, chez certains malades, font entièrement défaut; chez d'autres, elles reviennent à plusieurs reprises après des intervalles plus ou moins longs; chez d'autres, enfin, elles amènent la mort par persistance du coma.

<sup>(1)</sup> BOURNEVILLE. *Progrès méd.*, 26 mai 1900.