

4^e au 7^e nerf dorsal. Supposons, au contraire, une myélite dorsale ou cervicale, les fibres d'inhibition ne peuvent plus exercer leur influence sur les réflexes tendineux et cutanés des extrémités inférieures, et ceux-ci s'exagèrent.

Les troubles vésicaux qui se montrent au cours de la myélite, en constituent un symptôme des plus sérieux. Jamais ils ne font complètement défaut. Au début, ils se traduisent par une difficulté dans la miction pouvant aller jusqu'à la rétention complète, nécessitant alors l'emploi du cathétérisme. Plus tard, ils consistent plutôt dans l'émission involontaire des urines, soit sous forme d'un écoulement continu, goutte à goutte — incontinence d'urine — soit sous forme d'une évacuation involontaire de la vessie, se répétant de temps en temps : dans les deux cas, le patient ne peut se passer d'un récipient à demeure. La miction s'accompagne parfois d'une sensation de brûlure, très douloureuse, qui porte le nom d'ischurie : elle peut être telle que le patient redoute le moment d'uriner. On comprend facilement que ces diverses circonstances soient éminemment favorables au développement d'une cystite, le long séjour des urines dans la vessie, d'une part, le cathétérisme, d'autre part, y conduisent presque fatalement.

Du côté de l'intestin, on observe soit une constipation opiniâtre, soit plus tard, lorsqu'apparaît la paralysie du sphincter anal, une incontinence des matières fécales, sous l'influence de laquelle le décubitus prend des proportions effrayantes. Les symptômes vésicaux et intestinaux ne peuvent être d'aucune utilité pour le diagnostic de localisation ; ils ne donnent non plus aucun renseignement sur l'étendue du processus dégénératif : jamais ils ne font défaut dans la myélite.

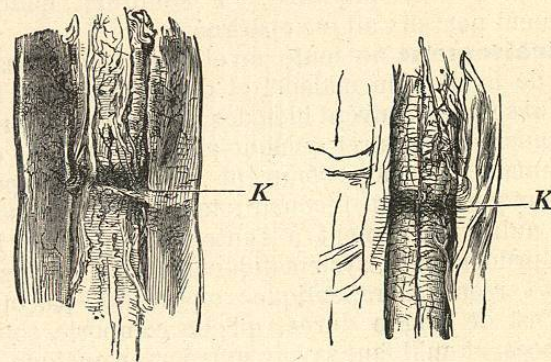
On sait peu de chose concernant l'**étiologie** de la myélite ; il semble que l'on puisse diviser les causes en chimiques et en mécaniques, les premières étant de nature infectieuse ou de nature toxique. La myélite consécutive à une maladie infectieuse est un accident qui s'observe parfois après la variole, plus rarement après la diphtérie ; on la rencontre aussi au cours de la syphilis. Quant aux myélites toxiques, leur existence ne fait plus l'objet d'aucun doute depuis que l'on connaît mieux l'action de l'arsenic, du mercure et du plomb et le complexe symptomatique auquel ces substances peuvent donner lieu : nous y reviendrons plus tard. Parmi les causes mécaniques, c'est la compression qui doit solliciter en premier lieu notre attention : cette compression, exercée sur la moelle par les parties environnantes, reconnaît pour cause soit une méningite spinale, soit une tumeur méningée, soit enfin — et ce sont les

causes les plus fréquentes — les affections des vertèbres, la carie chronique, mal de Pott, spondylarthroce, la spondylite tuberculeuse et le cancer des vertèbres (Fig. 154 et 155) ; la compression est alors la conséquence ou de la déformation des vertèbres elles-mêmes ou de l'accumulation des foyers caséux à la face postérieure de celles-ci. Il existe, sans aucun doute, encore d'autres causes de myélite que celles que nous venons d'énumérer : citons encore le refroidissement et les fatigues corporelles ; quant aux excès *in venere*, il n'est nullement prouvé qu'ils puissent jouer un rôle dans l'étiologie de l'affection.

Le **cours** de la myélite est en général le suivant : le patient, après avoir trainé pendant des semaines et des mois avec une aggravation continue des troubles fonctionnels dans

Fig. 154.

Fig. 155.



Compression annulaire et rétrécissement de la moelle, en K, à la suite d'un cancer des vertèbres, chez une femme de 34 ans. Grandeur naturelle. Dessiné d'après la préparation fraîche. Pendant la vie, on avait observé une interruption de conductibilité de la moelle. Fig. 154 face antérieure de la moelle, Fig. 155 face postérieure. La dure-mère est incisée et rabattue. (D'après Eichhorst).

les membres inférieurs, finit par être condamné à rester sur une chaise roulante ou sur son lit pendant 1, 2 et même 4 ans : toute cette période est marquée de troubles variables, parmi lesquels les troubles moteurs et vésicaux tiennent la première place. La guérison peut survenir, mais elle est exceptionnelle, le pronostic est plutôt défavorable. La mort est amenée, ou, tout au moins, hâtée par le décubitus qui manque rarement ; elle peut encore être causée par une affection intercurrente ou par la cystite. Le cours de la myélite par compression avec les symptômes de paralysie que nous avons déjà décrits (p. 419), est parfois assez caractéristique pour qu'on puisse lui distinguer

un stade prodromique, un stade d'irritation et un stade de paralysie. Dans le premier stade, les symptômes principaux sont représentés par la raideur de la colonne vertébrale, des douleurs vagues dans la région dorsale et les premiers signes d'une déformation de la colonne. Le second stade est marqué par des douleurs névralgiformes très violentes, de l'hypéresthésie et de la paresthésie et une sensation de constriction. Enfin, dans le troisième stade, la paralysie, l'exagération des réflexes, les troubles vaso-moteurs et trophiques (éruption d'herpès, atrophie musculaire, décubitus, etc.), occupent le premier plan. Cependant, cette distinction n'est possible que dans la minorité des cas — les troubles du côté de la vessie et de l'intestin ne font jamais défaut dans la myélite par compression. Quant au pronostic, on n'oubliera pas que les néoformations inflammatoires des vertèbres sont susceptibles de guérison, et que l'obstacle à la conductibilité une fois levé, la *restitutio ad integrum* peut se produire — à condition, naturellement, que l'élément nerveux ait été épargné.

Le **traitement** de toute myélite nécessite beaucoup de patience de la part du malade, et de prudence de la part du médecin; il se passe souvent bien des semaines et des mois avant que l'on puisse enregistrer quelque signe de succès; de plus on ne sait jamais, d'avance, comment le patient supportera les moyens auxquels on va recourir: tel d'entre eux sera utile à l'un, qui nuira visiblement à l'autre. Il est donc important d'avancer prudemment, systématiquement, sans épuiser dès le début tout l'arsenal thérapeutique: on ne doit pas oublier que l'affection est de longue durée, qu'elle comporte souvent plusieurs années, et qu'il faut savoir se réserver quelque ressource pour l'avenir. Le diagnostic une fois posé avec certitude, on préparera le malade, tout en l'épargnant, à la durée et à la gravité des accidents dont son activité aura à souffrir; on verra à lui assurer une nourriture fortifiante et on veillera à ce qu'il jouisse du repos intellectuel et surtout corporel nécessaire; ce serait commettre une grande erreur thérapeutique que d'exiger qu'un malade, vite fatigué et exposé aux souffrances de toutes natures, se livre à des exercices gymnastiques et autres mouvements analogues au-dessus de ses forces. Mais le traitement électrique sera commencé aussi tôt que possible; on se servira du courant constant, *loco morbi* — l'anode sur la région douloureuse de la colonne vertébrale — et du courant faradique que l'on appliquera aux parties périphériques, surtout aux jambes. Il est impossible d'énoncer de règle spéciale à cet égard; on consultera des traités sérieux — celui de *Erb*, entre autres — et on recherchera le traitement qui paraît convenir le

mieux au cas présent. On retire souvent certains avantages des bains tièdes, d'une température de 23 à 25°, d'une durée de 15 à 30', pris, de préférence, dans la matinée, 3 ou 4 fois par semaine: ils procurent, en tout cas, un bien-être passager; on n'y fait ajouter de sel gemme ou de sel marin, ou encore du carbonate de potassium, que si le malade semble lui-même y tenir, et sans en attendre aucun résultat spécial. On ne doit pas non plus trop compter sur le succès que donnent les thermes contenant de l'acide carbonique, les thermes indifférents, les bains de boue, etc. Tout malade, même peu fortuné, désire qu'on l'envoie, en été, chaque année, dans une station balnéaire; mais comme

Fig. 156.

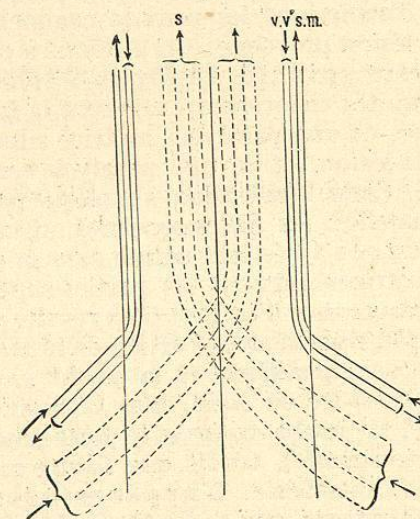


Schéma du trajet des fibres nerveuses dans la moelle.

v Fibres motrices ne s'entrecroisant pas pendant leur trajet dans la moelle. v' fibres vaso-motrices non entrecroisées. sm fibres nerveuses destinées aux sens musculaires ne s'entrecroisant pas. s Nerfs sensibles s'entrecroisant dans la moelle. (D'après *Brown-Sequard*).

la dépense et l'embaras qu'occasionne le séjour dans ces stations, ne répondent nullement aux avantages qu'ils procurent, le malade finira par comprendre lui-même qu'il lui serait plus utile de rester chez lui, où il a tout sous la main, ou de se rendre n'importe où, à la campagne, jouir de l'air pur des bois et des montagnes, en même temps que de la tranquillité qui lui est si nécessaire. Car, il faut bien l'avouer, la vie mondaine que l'on mène aux villes d'eaux n'est pas faite pour les personnes qui souffrent de myélite. On pourra toujours essayer les cures d'eau froide, dans un établissement bien dirigé. Tous les médicaments

internes, strychnine, argent, ergotine, iodure de potassium, etc., échouent complètement. La rétention d'urine et la cystite seront traitées d'après les principes de la chirurgie.

Quant au traitement de la myélite par compression, il existe des appareils d'extension de la colonne vertébrale, des appareils de soutien, etc., dont on devra tenir compte : leur description fait partie du domaine de l'orthopédie.

On a bien rarement l'occasion d'observer la façon dont se comporte la moelle à la suite d'une lésion n'intéressant que la moitié de sa coupe transversale, donc en même temps la substance grise et la substance blanche ; ce n'est guère que dans les rares cas où un traumatisme chirurgical, ou bien une tumeur, viennent frapper la moitié de l'organe d'incapacité fonctionnelle, qu'il est donné d'avoir sous les yeux le complexus symptomatique que cette lésion provoque. On a donné à ce complexus le nom de paralysie spinale de *Brown-Séguar*d. Cette affection, dont les traités théoriques exagèrent la fréquence, consiste, en résumé, en une paralysie motrice située du côté correspondant à la lésion, et en une paralysie sensible siégeant du côté opposé. Cette localisation s'explique par le trajet des fibres dans la moelle : les fibres sensibles, comme on le sait, s'entrecroisent un peu après leur entrée dans la moelle, tandis que les fibres motrices gagnent les parties supérieures de cet organe sans s'entrecroiser (Fig. 156). Il en résulte que si la lésion siège, par exemple, dans la moitié droite de la moelle lombaire, la jambe droite sera parétique et la jambe gauche, anesthésique ; si l'obstacle siège en haut, dans la moitié droite de la moelle cervicale, la jambe droite et le bras droit seront paralysés (hémiplégie spinale), tandis que l'autre moitié du corps sera le siège de l'anesthésie. L'hypéresthésie, pour certaines espèces d'excitants, que l'on voit se développer souvent du côté de la paralysie, s'explique, d'après *Brown-Séguar*d, par l'absence d'entrecroisement des fibres pour la sensibilité musculaire ; au-dessus de la zone d'hyperesthésie, se trouve une zone d'anesthésie due à la destruction des racines postérieures de la moelle. On constate, en outre, du côté paralysé, de l'exagération des réflexes, comme conséquence de la suppression de l'influence d'inhibition, et, de plus, de la paralysie des vaso-moteurs se traduisant par l'augmentation de la température. Du côté de l'anesthésie, les réflexes sont normaux ; ici aussi on peut constater une zone étroite d'hypéresthésie, limitant, en haut, la région anesthésiée.

L'étude des lésions unilatérales de la moelle épinière ne présente pas grande importance clinique ; nous le répétons, les

symptômes que nous venons de décrire ne s'offrent avec netteté que dans des cas excessivement rares ; le plus souvent, ces symptômes sont à peine marqués et offrent de nombreuses variantes dans lesquelles on a souvent bien difficile à reconnaître l'affection telle qu'on la trouve décrite dans les traités. (*Hoffman*, *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1886, 38, 6, rapporte trois cas de cette nature puisés à la clinique de *Erb*).

Bibliographie.

- Peabody, *New-York med. Record.* 5. Febr. 1883, XXIII.
 Charpentier, *Revue d'Hyg.* 3 Mars 1883. V.
 Barlow, *Lancet.* 20. Nov. 1886, II. (Myélite consécutive à la rougeole).
 Grasset et Estor, *Myélite cervicale.* *Revue de Méd.* 1887, VII, 2.
 Schütz, *Prager med. Wochenschr.* 1887, XII, 38. (Guérison d'une myélite).
 Cramer, *Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh.* 1888, XIX, 3, pag. 667.
 Kröger, *Beiträge zur Pathologie des Rückenmarkes* (Guérison d'une paralysie par compression). Dorpat 1888, Inaug.-Dissert.
 Gessner, *Arch. f. Augenheilk.* 1888, XIX, 1. (Myél. aiguë consécutive à une perte de sang).

II. Lésions de la moelle envisagées au point de vue de leur nature pathologique.

Diagnostic pathologique.

I. Maladies de la moelle reposant sur des lésions vasculaires.

A. Affections des artères de la moelle, et leurs états consécutifs.

Les artères vertébrales, qui proviennent de la sous-clavière et se réunissent plus tard en une artère unique, l'artère basilaire, fournissent chacune, après leur entrée dans la cavité du crâne, une artère spinale antérieure et une artère spinale postérieure, destinées à la nutrition de la substance de la moelle épinière. Les artères spinales antérieures de chaque côté, se réunissent en un petit tronc descendant qui suit le sillon longitudinal antérieur de la moelle ; les postérieures ne se réunissent pas complètement, mais elles présentent, entre elles, différentes anastomoses. Le trajet des petites artérioles, qui pénètrent à l'intérieur de la moelle, suit le système de cloisonnements de l'organe ; la substance blanche et la substance grise reçoivent leur sang des mêmes sources, mais le réseau capillaire de la substance grise est plus serré que celui de la substance blanche.

Le sang veineux est recueilli par deux veines nommées veines centrales de la moelle épinière ; ces veines s'envoient de nombreuses anastomoses et communiquent avec les veines spinales antérieure et postérieure ; le sang veineux est ainsi reporté dans la veine vertébrale, d'où il passe, soit dans la veine innominée, soit dans la veine sous-clavière. On ne connaît encore rien, jusqu'à présent, des maladies des veines de la moelle épinière.