

clinique, et, au risque de redites incessantes, nous avons pour chacune marqué l'aspect symptomatique et les résultats nécroscopiques.

De cette analyse nous pouvons maintenant dégager les notions synthétiques relatives à la paraplégie, et établir les grands groupes anatomiques et cliniques dont nous avons rassemblé tous les éléments.

A. — Revisons d'abord notre tableau général, et répartissons les diverses sortes cliniques de paraplégies qui y sont énoncées, suivant leur *substratum anatomique* vrai.

Les paraplégies rencontrées au cours des *affections médullaires* ont un substratum anatomique net : il n'y a pas à revenir sur ce point.

Il en est de même des rares paraplégies *d'origine cérébrale* : c'est la sclérose descendante du faisceau pyramidal qui les caractérise.

Des paraplégies — d'ailleurs cliniquement bien effacées, car elles ne constituent qu'un symptôme *à son rang* dans le tableau de la maladie — au cours des *polynévrites aiguës* ou *subaiguës* généralisées, il n'y a rien à dire de nouveau.

La paraplégie *hystérique* reste une paraplégie sans substratum anatomique.

La paraplégie *diabétique* est une paraplégie *névritique*. Les paraplégies des *intoxications* sont, elles aussi, d'ordre *névritique*, au moins dans l'immense majorité des cas.

Les paraplégies des *maladies infectieuses* méritent de nous arrêter plus longtemps.

Les infections multiples ont des déterminations *névritiques* et *myélitiques* aussi nettes que des déterminations cardiaques, hépatiques, pulmonaires, etc. Les travaux de ces dernières années sur les polynévrites déterminant des paralysies localisées au cours ou plutôt au déclin des maladies infectieuses, ne laissent aucun doute là-dessus. Il ne saurait en rester non plus sur la myélite, démontrée au cours de plusieurs autopsies, et dont la production *expérimentale* par les agents infectieux ne saurait être contestée à l'heure actuelle (Roger, Gilbert et Lion, Vincent, Thoinot et Masselin, etc.).

S'agit-il donc dans les diverses paraplégies d'origine infectieuse que nous avons passées en revue d'un processus myélitique ou névritique? La névrite *ne saurait être contestée* dans quelques cas (fièvre typhoïde, etc.). Mais ces cas sont bien rares : la névrite nous paraît jouer un rôle bien borné dans les paraplégies du cours ou du déclin des affections microbiennes. Son domaine véritable c'est la névrite localisée, déterminant les paralysies atrophiques limitées, dont l'histoire des infections nous offre de nombreux exemples.

Quant à la paraplégie, nous la croyons *le plus souvent myélopa-*

*thique*, les lésions pouvant être d'ailleurs de plusieurs degrés, comme la manifestation clinique qui leur correspond est aussi de gravité très variable.

L'*imprégnation de la moelle* par les agents microbiens ne laisse aucune place à la contestation : l'exemple le plus célèbre est la virulence rabique de la moelle, et il importe peu en l'espèce que le germe rabique soit inconnu à l'heure actuelle. Nous avons pu montrer aussi ce fait curieux que, dans les injections intra-veineuses de coli-bacille chez le lapin, la moelle était un des lieux d'élection, et aussi le dernier refuge du microbe.

Nous rappelons encore les lésions myélitiques produites par le streptocoque (Roger), le bacille d'Eberth associé à d'autres microbes (Vincent), l'érysipélocoque (Bourges, etc.).

Cette imprégnation microbienne réagit sur la moelle de façons diverses. Tantôt elle provoque des lésions grossières, et les exemples incontestables ne manquent pas : *diphthérie, syphilis, variole, dysentérie*, etc.; tantôt elle donne lieu à des lésions beaucoup plus fixes, exigeant le secours du microscope : telle est, à quelques exceptions près, la façon de procéder du *virus rabique*; tantôt enfin, le contrôle anatomique ne révèle rien, — et l'insuffisance de la technique, insuffisance scientifique actuelle, ou incompétence histologique, peut être souvent invoquée<sup>1</sup> — ou fait défaut, la paraplégie s'étant dissipée. Mais la curabilité n'a jamais impliqué l'absence de lésions, et nul ne songe à mettre en doute une myocardite curable chez le typhique, analogue, à la gravité près, à celle que révèle l'autopsie chez le typhique mourant par le cœur. D'ailleurs, cliniquement, la paraplégie curable des maladies infectieuses est, au degré de gravité près, faite sur le type de la paraplégie entraînant la mort.

Dans l'article *Myélites* du tome III de ce Manuel, M. Blocq, rappelant l'opinion de Vulpian sur l'origine myélopathique des paraplégies infectieuses, mais montrant d'un autre côté que la base anatomique de cette opinion n'est pas encore solidement établie à l'heure actuelle, hésite entre la polynévrite et la myélite. La polynévrite est sans doute à invoquer dans les paralysies atrophiques *localisées* et aussi — encore qu'elle ne soit pas toujours démontrée — dans les formes paralytiques *généralisées* qui suivent les maladies infectieuses, se

1. Nous avons dit que, même chez nos animaux succombant après les manifestations de paraplégie atrophique les plus indéniables, provoquées par le coli-bacille, tantôt la lésion était relativement facile à déceler, tantôt elle était si légère, si peu marquée, qu'un examen histologique serré était indispensable, et encore ne révélait-il que des modifications appréciables surtout *par comparaison* minutieuse avec une moelle normale (Gombault).

compiquant ou non (telle la *maladie de Landry*) de troubles sensitifs, trophiques, électriques, etc. L'étiologie névritique est aussi à invoquer pour le *béri-béri*.

Mais nous pensons qu'il y a trop de bons arguments à faire valoir en faveur de la myélite considérée comme facteur des paraplégies infectieuses, pour la rejeter, et que la théorie de la polynévrite a encore moins fait ses preuves en l'espèce.

Des *paraplégies infectieuses* nous ferons donc un groupe de paraplégies à *substratum anatomique médullaire*, à *quelques exceptions près*, exceptions d'ailleurs hors de contestation.

Des *paraplégies urinaires et blennorrhagiques*, les unes comportent des lésions *médullaires indéniables*; les autres sont dites *réflexes*, c'est-à-dire sans substratum anatomique, et cela à cause de leur allure clinique si légère, si variable, et à cause du défaut de lésions dans les autopsies d'ailleurs anciennes.

Des *paraplégies d'origine intestinale*, les unes sont nettement d'origine médullaire et correspondent à un foyer de myélite; les autres sont dites *réflexes*.

Les *paraplégies utérines* sont dites *réflexes*.

Or ce groupe de *paraplégies réflexes* nous semble devoir être tout entier reversé dans les paraplégies d'origine médullaire.

Les *paraplégies urinaires*, qu'il y ait ou non lésion, forment un tout où l'imprégnation de la moelle par le *coli-bacille* est sans doute la cause efficiente. Que cette action sur la moelle aille jusqu'à la lésion ou ne cause qu'un trouble passager, peu importe: toutes ces paraplégies sont des *paraplégies infectieuses secondaires*<sup>1</sup>. Il en est de même du groupe spécial des *paraplégies urinaires d'origine blennorrhagique*: la paraplégie est ici un accident infectieux, tout comme l'arthropathie dont elle ne se sépare pas en clinique. L'agent infectieux de la complication nous est d'ailleurs aussi inconnu dans un cas que dans l'autre, encore que la majorité des auteurs admette plus volontiers aujourd'hui l'hypothèse de l'infection secondaire que celle de l'infection gonococcique pour la complication articulaire<sup>2</sup>.

Les *paraplégies intestinales* de tout ordre, les *paraplégies utérines*,

1. Il est bien probable qu'un certain nombre de myélites infectieuses sont aussi des infections *secondaires*, mais tout ce groupe sort à peine du chaos et les études bactériologiques y ont encore bien peu porté la lumière.

2. Charcot, pour le cas qu'il a étudié, a émis l'hypothèse que l'affection spinale était de *cause articulaire*. « Je ne crois pas, dit-il, qu'il soit encore démontré qu'il existe une méningo-myélite blennorrhagique à proprement parler, c'est-à-dire manifestation directe de l'infection blennorrhagique. Il me semble que les cas de paraplégie spasmodique amyotrophique, observés jusqu'ici, peuvent s'interpréter en admettant que l'affection spinale qui est en cause est une conséquence des arthropathies. »

nous semblent aussi des *paralysies infectieuses secondaires*, dont l'agent est vraisemblablement le coli-bacille pour les paralysies d'origine intestinale, le streptocoque pour les paraplégies consécutives aux métrites et au *phlegmon du ligament large*. L'agent infectieux crée une lésion grossière de la moelle ou un trouble passager fonctionnel.

De cette analyse critique ressort le tableau synoptique suivant, dont nous ne nous dissimulons pas d'ailleurs le caractère un peu schématique.

I. Paraplégies d'origine médullaire.

1. Les paraplégies dans les affections médullaires.
2. La grande majorité des paraplégies survenant au cours des maladies infectieuses, à leur déclin ou plutôt dans leur convalescence.
3. Les paraplégies urinaires et blennorrhagiques, intestinales, et toute la classe des anciennes paraplégies réflexes: tout ce groupe ressortit à un processus d'infection secondaire.
4. Quelques-unes des paralysies toxiques sont à ranger dans ce groupe; les études anatomiques et expérimentales autorisent à créer un *groupe d'attente* de paraplégies toxiques myélopathiques.

II. Paraplégies d'origine névritique.

1. Les paraplégies, au cours et ordinairement au début des polynévrites généralisées aiguës ou subaiguës, quelle que soit leur étiologie: infection, intoxication ou spontanéité apparente.
2. La grande majorité des paraplégies par intoxication proprement dite. La paraplégie diabétique peut, elle aussi à bon droit, être traitée de *toxique*.
3. Quelques paraplégies du cours ou du déclin des maladies infectieuses.

III. La paraplégie hystérique.

B. — Au cours de notre revue analytique des paraplégies, nous avons rencontré un certain nombre de types cliniques très tranchés que nous allons rappeler ici, en esquissant seulement les caractères de chaque type et en renvoyant le lecteur aux détails donnés au cours de l'article, à propos des variétés de paraplégies réalisant le type indiqué.

a. — *Paraplégie flasque*, ou plutôt même, simple *paraparésie*, essentiellement variable et curable, sans aucun trouble spinal associé, vaso-moteur, sensitif, trophique, sphinctérien. Ce type clinique est réalisé de tous points par le groupe des *paraplégies réflexes* de Brown-Séguard.

b. — *Paraplégie flasque* plus ou moins accentuée, mais toujours curable, avec troubles associés divers portés à un degré variable, mais jamais au summum : troubles *trophiques*, dont le plus saillant est l'*amyotrophie* avec modifications des réactions électriques; troubles *sensitifs*; troubles *vaso-moteurs* et *sphinctériens*. Ce type est réalisé par exemple dans les paraplégies curables succédant aux maladies infectieuses, etc.

c. — *Paraplégie flasque* aiguë ou subaiguë *grave*, avec cortège de symptômes associés trophiques, sensitifs, vaso-moteurs et sphinctériens.

La cystite purulente, le décubitus aigu terminent cette paraplégie fatale dans un délai plus ou moins court. Ce type clinique est celui décrit à propos des myélites traumatiques, des myélites aiguës graves, des paraplégies infectieuses mortelles, des polynévrites aiguës généralisées, où la paraplégie ne forme d'ailleurs qu'un épisode initial, etc.

d. — *Paraplégie spasmodique* : soit *pure*, c'est-à-dire sans aucun trouble sensitif surajouté, ni trouble trophique, ni trouble sphinctérien — type réalisé par le syndrome tabes dorsal spasmodique d'Erb-Charcot; soit *impure*, avec troubles sensitifs, sphinctériens, trophiques plus ou moins accentués. Le type spasmodique peut être ici secondaire, succédant à la paraplégie flaccide; ce type est celui des myélites diffuses chroniques par compression lente de la moelle, etc.

e. — *Paraplégie atrophique* : deux types. Le premier, caractérisé par la fonte de groupes musculaires plus ou moins étendus, est exempt de tout trouble de sensibilité et de vaso-motricité; c'est le type réalisé par la *paralysie spinale infantile* ou *de l'adulte*; le syndrome de Duchenne (paralysie générale spinale antérieure subaiguë ou chronique), où d'ailleurs la paralysie ne constitue qu'un épisode initial, etc.

Le second type, caractérisé aussi par des atrophies musculaires étendues à certains groupes des membres inférieurs, comporte en outre des troubles sensitifs divers, qui réalisent ce qu'on a appelé le pseudo-tabes. Une démarche assez spéciale est propre à ce type : démarche du *stepper* de Charcot. Le type clinique est la paralysie alcoolique et, d'une façon générale, les paralysies toxiques.

f. — La *paraplégie douloureuse*, où la paraplégie peut n'être qu'une

simple paraparésie, et dans laquelle les douleurs dominent toute la scène, est réalisée dans toute sa pureté par le cancer vertébral.

Il est bon de faire remarquer que ces types cliniques si nets emportent avec eux bien souvent le diagnostic anatomique ou étiologique et souvent l'un et l'autre à la fois.

La *paraplégie aiguë grave* signifie d'emblée myélite aiguë diffuse; la *paraplégie spasmodique pure* veut dire lésion scléreuse systématique du faisceau pyramidal médullaire, ou paraplégie hystérique; l'état *spasmodique secondaire* veut dire sclérose descendante du faisceau pyramidal, consécutive à une lésion du segment médullaire; la paraplégie *atrophique pure* correspond à la lésion systématique des cellules motrices des cornes antérieures; la paraplégie *atrophique* à forme *pseudo-tabétique* veut dire à la fois névrite et névrite toxique dans l'immense majorité des cas; enfin, la paraplégie *douloureuse* est presque la signature du cancer vertébral.

G. — Une division étiologique générale des paraplégies ne nous paraît pas devoir être tentée, et la division classique par *causes locales* et par *causes générales* est vraiment par trop défectueuse. Sans doute, il y a des paraplégies par cause locale pure : telles les paraplégies *traumatiques* et les paraplégies *par compression*. Mais les paraplégies par myélite aiguë ou chronique ne sont-elles pas, d'autre part aussi, des paraplégies *toxiques* ou *infectieuses*? La syphilis, la variole, etc., causes générales, n'arrivent à déterminer une paraplégie qu'à la faveur d'une *lésion locale*, etc.

Il faut retenir les bases étiologiques essentielles comprises dans ces termes : paraplégies de *cause locale*, de *cause toxique*, de *cause infectieuse*, *hystériques*. Ce sont là de grandes catégories d'intérêt clinique de premier ordre; mais, à vouloir dresser un tableau analytique serrant les choses de près, on arriverait à des confusions et des répétitions qui ruineraient vite l'essai de classification.

D. — Nous voici maintenant en mesure de dresser un tableau synthétique général des paraplégies, non plus tel que celui que nous avons présenté au début de ce travail, tableau de pure séméiologie clinique; mais un tableau où la base de notre classification sera la suivante : partir du type *clinique* pour arriver au type *anatomique* et au type *étiologique* correspondant. Nous allons tenter cette classification, qui d'ailleurs sera, comme toutes les autres classifications de la pathologie, quelque peu schématique.

1. Paraplégies flasques curables, ou mieux paraparésies, sans aucun trouble associé. Type *réflexe* de Brown-Séguard.
2. Paraplégies flasques ou paraparésies accentuées, curables, avec symptômes associés divers : sensitifs, trophiques, sphinctériens légers.
3. Paraplégies aiguës graves, flasques mais totales, avec symptômes associés multiples et accentués : trophiques (amyotrophie, etc.), vaso-moteurs, sensitifs, sphinctériens. Cystite purulente et décubitus aigu. Mort le plus souvent.
- Paraplégies urinaires et hémorragiques curables.  
Paraplégies intestinales curables.  
Paraplégies utérines.
- Paraplégies curables du cours ou mieux du déclin des infections.
- Paraplégie de la compression médullaire légère, aiguë ou chronique.
- Paraplégie hystérique, cliniquement reconnaissable à ses troubles sensitivo-sensoriels spéciaux et aux stigmates hystériques.
- Paraplégies graves des maladies infectieuses.  
Paraplégies graves, urinaires et hémorragiques, intestinales, c'est-à-dire infectieuses secondaires.
- Paraplégies des affections médullaires : traumatisme, hématomyélie, compression aiguë forte, myérites aiguës dorsolombaires de cause autre que les causes infectieuses sus-désignées.
- Paraplégies du *début* des polynévrites aiguës généralisées, de causes diverses (infections, intoxications ou spontanéité apparente, héri-béri).

Action *toxi-infectieuse* produisant une simple suspension de fonctionnement des éléments nerveux médullaires, ou déterminant des lésions essentiellement transitoires, sans reliquats.

Myélite aiguë légère diffuse, ou, suivant quelques auteurs, névrite multiple légère et curable.

Simple suspension d'action de la moelle dans tous ses éléments ou lésions de myélite aiguë diffuse curable.

Pas de lésion.

Myélite aiguë diffuse grave, ou peut-être polynévrite en quelques cas.

Myélite aiguë diffuse grave.

Névrites multiples.

4. Paraplégie spasmodique.

Pure. { Tabes dorsal spasmodique } de l'enfant. { Maladie de Litlle. } Lésion systématique du faisceau pyramidal.

Avec troubles sensitivo-sensoriels spéciaux.

Avec troubles associés divers : sensitifs, trophiques, sphinctériens, vaso-moteurs. L'état spasmodique est ordinairement secondaire et succède à une période de flaccidité plus ou moins accentuée.

Paraplégie hystérique.

Myélite chronique diffuse de la syphilis, de la compression lente de la moelle, etc.

Paralysie spinale de l'enfant ou de l'adulte.

Lésion systématique des cornes antérieures.

Pure, sans trouble sensitif.

Paralysie générale spinale antérieure de Duchenne.

Lésion systématique des cornes antérieures, ou névrite multiple surtout motrice (saturnisme).

5. Paraplégie atrophique.

Avec troubles sensitifs accentués et troubles associés divers : trophiques, vaso-moteurs. Démarche spéciale. État pseudo-tabétique.

Diabète. Alcool. Plomb (peu de troubles sensitifs). Arsenic. Oxyde et sulfure de carbone. Héri-béri.

Névrites multiples avec réserves possibles sur l'origine médullaire (alcool).

6. Paraplégie douloureuse.

Les compressions médullaires et surtout le *cancer vertébral*.

L. THOINOT.