

hibitoires qui viennent de plus haut. Cette remarque s'applique aussi sans restriction aux *réflexes tendineux* qui, dans les paralysies par compression de la moelle cervicale ou dorsale, sont toujours *exaltés* dans les extrémités inférieures. Cette exagération des réflexes tendineux peut atteindre un degré tel que les membres inférieurs présentent l'image prononcée de la *paralysie spastique* (v. y). Ceux-ci sont alors dans un état de tonisme droit, ne se laissent qu'à grand-peine fléchir passivement, à raison de la résistance des muscles, exhibent d'une manière très vivace le phénomène du pied pouvant dégénérer en trémulation générale de la jambe, l'augmentation des réflexes rotuliens, des réflexes adducteurs, etc. Toutefois les paraplégies flasques n'excluent pas un certain degré d'exagération des réflexes tendineux. Dans la spondylite cervicale, les réflexes tendineux et périostiques sont parfois aussi exaltés aux bras, mais ils manquent quand l'arc diastaltique est lui-même endommagé. Les *réflexes cutanés*, quand la compression siège au-dessus de la moelle lombaire, sont aussi quelquefois assez exaltés, cependant cette exaltation est loin d'être aussi marquée que celle des réflexes tendineux. En cas de paralysie grave par compression de la moelle dorsale, les réflexes cutanés peuvent même être atténués. Il est probable qu'ils ne font jamais entièrement défaut, mais il faut savoir les chercher et à cet effet on doit appliquer en divers endroits de la peau des excitants à action plus prolongée (pincer, piquer).

Les *désordres trophiques* ne sont pas rares dans les parties paralysées. Si les nerfs sensibles sont vivement surexcités, on voit parfois des *plaques d'herpès* sur le trajet de ces nerfs. Dans les cas graves et invétérés, on observe plus souvent des *altérations chroniques du tissu cutané*. La peau se dessèche, l'épiderme s'exfolie, les ongles deviennent cassants. Quand l'affection prend une mauvaise tournure, il ne tarde pas à se produire du *décubitus* au sacrum, aux fesses, à la partie interne des genoux et aux talons, surtout quand les soins font défaut. Tant que leur centre trophique est hors de cause, les *muscles* conservent le plus souvent leur volume normal, de même que leur contractilité électrique. Cependant alors même que le siège de la compression est situé au-dessus de la moelle lombaire, il arrive parfois que les muscles des extrémités inférieures sont atteints d'une laxité et d'une *atrophie* remarquables en même temps que la réaction électrique des nerfs reste normale ou tout au plus ne diminue qu'un peu en quantité. Si c'est la moelle lombaire elle-même qui est atteinte ou les faisceaux de la queue de cheval (v. plus haut p. 184) dans la carie du sacrum, il faut nécessairement qu'il se développe dans les jambes une *paralysie atrophique* avec réaction de dégénérescence. De la même manière on voit se produire dans la *spondylite cervicale* une *paralysie atrophique des bras*.

Dans la plupart des cas graves de paralysie par compression, on signale des *troubles du côté de la vessie et du rectum*. La dysurie est quelquefois un symptôme de la première heure, plus tard la *rétention d'urine* devient complète, et, dans des stades plus avancés, il y a le plus souvent de l'*incontinence*. Par là, le danger de la *cystite* devient imminent. Les *selles* sont d'ordinaire en retard, parfois aussi elles deviennent involontaires.

C'est ainsi que dans certaines conditions de compression myélique, on assiste au défilé de tous les symptômes qui découlent inévitablement de l'interruption de l'influx nerveux de la moelle et que nous rencontrerons également dans les affections spinales les plus diverses, surtout en cas de myélite ou de tumeurs. L'intensité et la multiplicité des symptômes doit naturellement varier dans chaque cas. Si la compression est très légère, les nerfs sensibles ne sont que très peu excités et les parésies sont de faible intensité. Un des signes les *plus précoces* et des *plus constants* de la compression de la moelle dans la région dorsale ou cervicale, c'est presque toujours la *grande vivacité des réflexes rotuliens*. On constate parfois la présence de ce phénomène à une époque où les symptômes spinaux ont à peine fait apparition. Si la compression vient à s'accroître, les parésies s'accroissent, les troubles de la sensibilité s'aggravent, les fonctions vésicales se dérangent, jusqu'à ce que le tableau de la rupture transversale complète de la conductibilité myélique se soit développé dans son entier. Ce fait est rare cependant, attendu que, comme il a été dit, les impressions sensibles parviennent encore jusqu'à un certain degré à franchir l'obstacle. Le *laps de temps* que les symptômes de compression de la moelle réclament pour se manifester, est très différent. Parfois il suffit de peu de temps pour qu'ils atteignent toute leur intensité, dans d'autres circonstances il leur faut des mois. Ces symptômes présentent beaucoup de fluctuations, lesquelles correspondent peut-être aux degrés variables de la compression.

La *terminaison des paralysies par compression* dépend naturellement en première ligne de la nature de la maladie fondamentale. En cas de tumeur, surtout de carcinome des vertèbres, il n'y a pas à songer à la guérison. Le *mal vertébral* est incontestablement *susceptible de guérir*, ce qui s'accorde d'ailleurs avec le caractère de tuberculose *locale* qui distingue ce processus. Il y a ici au surplus une remarque d'une grande importance pratique à faire, c'est que ces paralysies par compression peuvent se dissiper complètement, en ce sens que la résorption des produits inflammatoires et tuberculeux entraîne la suppression de la cause comprimante, de manière *qu'une paralysie qui a subsisté pendant des mois et même pendant une année à une année et demie, peut être suivie d'une guérison complète et durable*. Des observations semblables ont été recueillies en grand nombre par d'autres et par nous-même.

Si d'après cela le pronostic des paralysies par compression dues au mal vertébral est relativement favorable dans une partie des cas, la terminaison n'en est pas moins funeste dans une foule d'autres. La cause en réside dans les conséquences dangereuses de la paralysie (décubitus, cystite, pyélonéphrite avec fièvre et faiblesse générale progressive), ou dans le développement d'autres affections tuberculeuses (surtout la tuberculose pulmonaire, plus rarement la tuberculose miliaire, la méningite tuberculeuse) auxquelles les malades succombent.

Diagnostic. La fréquence des paralysies par compression de la moelle nous oblige à explorer minutieusement la colonne vertébrale en chaque cas d'affection spinale, surtout quand on ne parvient pas à classer celle-ci sous un des types spéciaux de maladies systématiques de la moelle (v. plus loin). Il faut prendre surtout en considération la rigidité de certaines parties déterminées de la colonne lors des mouvements du tronc et de la tête, puis la sensibilité excessive de telle ou telle vertèbre sous la pression, et enfin, ce qui constitue le signe le plus précieux et le plus sûr, la difformité de la colonne, la saillie plus ou moins prononcée de certaines apophyses épineuses ou la formation d'une cyphose à angle aigu manifeste. Si l'on constate la présence de la gibbosité de Pott, le diagnostic est facile et l'on doit évidemment rapporter les symptômes spinaux à une compression de la moelle occasionnée par le mal vertébral.

Le diagnostic coûte plus de peine quand l'affection des vertèbres ne se traduit pas par des signes évidents. Il importe de faire observer encore une fois que toute carie vertébrale n'entraîne pas nécessairement une vraie gibbosité de Pott et que même la sensibilité à la pression dans la spondylite est quelquefois remarquablement légère. En ces cas, l'exploration de la colonne vertébrale doit être fréquemment renouvelée, vu que des anomalies, si minimes soient-elles, empruntent une valeur diagnostique à leur état persistant : en outre il y a lieu d'envisager tout l'ensemble de la marche morbide. Les signes les plus caractéristiques de la compression de la moelle sont : les symptômes d'excitation de la sensibilité par lesquels s'ouvre la scène morbide, la prédominance des paralysies motrices sur les troubles relativement légers de la sensibilité, enfin le défaut de symétrie dans les manifestations phénoménales de part et d'autre du corps, ce qui pourrait faire croire qu'on a devant soi l'image de la « lésion » dite « unilatérale » de la moelle (v. y). Il peut arriver aussi que la cause des symptômes myéliques soit entourée d'obscurités au début, et que plus tard seulement se développe une difformité évidente de la colonne vertébrale.

Dès que le diagnostic d'une affection de la colonne vertébrale est mis hors de doute, il s'agit de savoir quelle en est la nature, et en particulier si

l'on a affaire à une spondylite ou à un carcinome. Comme le mal vertébral est de loin le plus fréquent, c'est à lui qu'on songera tout d'abord, surtout en présence de jeunes gens et d'une cyphose prononcée à angle aigu. Dans le carcinome vertébral, les altérations de forme de la colonne sont d'ordinaire moins évidentes. Cette affection se développe le plus souvent chez des gens d'âge (après 40 ans) et se distingue par la grande intensité des phénomènes d'excitation sensible qui en marquent le début. Le signe le plus caractéristique du cancer des vertèbres, c'est la « paraplégie douloureuse » ou paralysie des extrémités inférieures accompagnée de véhémentes douleurs. De plus, l'existence d'un noyau cancéreux primitif (chez la femme il y a lieu de porter son attention sur le sein !) et, comme nous l'avons vu, la présence d'engorgements ganglionnaires carcinomateux dans la région inguinale, peuvent venir en aide au diagnostic. Enfin il faut aussi attacher une certaine valeur à l'habitus général des cancéreux et à l'estampille de la cachexie cancéreuse.

Le lieu de la compression se détermine dans la majorité des cas par la découverte dans la série des vertèbres d'un endroit endolori. Pour le reste, on se conformera aux règles de localisation que nous exposerons en détail en décrivant la myélite dans le chapitre suivant.

Traitement. Nous renvoyons aux ouvrages de chirurgie pour ce qui concerne le traitement spécial et surtout orthopédique de la spondylite. En général on attendra les meilleurs effets de l'emploi des appareils d'extension construits de diverse façon et appliqués à la colonne vertébrale. Il est indéniable, comme nous avons pu plusieurs fois nous en convaincre nous-même, que par l'usage d'une semblable méthode d'extension on est parvenu à réaliser une diminution marquée de la pression sur la moelle et par suite une amélioration rapide de certains phénomènes paralytiques. Ces observations parlent en même temps en faveur de l'opinion qui est la nôtre, de l'action purement mécanique de la carie vertébrale. Seulement nous avons fréquemment eu l'occasion d'apprendre que les appareils d'extension n'avaient aucune utilité ou n'en avaient qu'une passagère à moins qu'ils n'eussent pour effet d'augmenter les souffrances des malades. C'est pourquoi il ne faut user qu'avec réserve, en cas de carie vertébrale avec accompagnement de symptômes spinaux, d'engins d'extension, de corsets plâtrés, etc. — Il importe grandement au contraire de conseiller avec instance le repos continu dans la position horizontale au lit. Beaucoup de guérisons complètes de paraplégies graves par compression, que nous avons pu constater nous-même, ont été obtenues uniquement par ce moyen. En outre il va sans dire que le traitement le plus soigné de l'état général (huile de morue, arsenic, fer, etc.) doit être observé. La tuberculine de Koch nous a donné un résultat très désavantageux. On se sert fréquemment d'applications locales le long de la moelle : ventouses

sèches, badigeonnage à la teinture d'iode et surtout le *fer rouge*. Ce dernier compte de nos jours encore de chauds partisans en cas de spondylite et mérite effectivement d'être employé, principalement parce que le thermocautère de PAQUELIN (3 à 4 plaques de feu de forme arrondie de chaque côté de la vertèbre malade) est d'un maniement si commode.

Parmi les autres remèdes, mentionnons : la *galvanisation* stable à l'endroit de la compression et le traitement électrique des extrémités paralysées, puis les *bains*, surtout les *bains salins*. Pour le *traitement symptomatique* nous renvoyons au chapitre suivant.

CHAPITRE QUATRIÈME.

MYÉLITE AIGUË ET CHRONIQUE.

(Myélite diffuse. Myélite transverse. Myélite dans la section transversale.)

Courtes remarques préliminaires sur la localisation et le diagnostic topographique des maladies de la moelle. Les processus pathologiques de la moelle connus jusqu'à cette heure se divisent en deux groupes. Le *premier groupe* a cela de particulier que les altérations anatomo-pathologiques se limitent avec une remarquable régularité à des parties déterminées de la moelle, et que par conséquent les symptômes cliniques par lesquels la maladie se révèle, se renferment également dans un cadre précis. C'est à ce groupe qu'il faut avant tout rapporter une série de maladies (le *tabes dorsal*, la *sclérose latérale amyotrophique*, l'atrophie musculaire progressive, l'ataxie héréditaire et d'autres), dans lesquelles des fascicules de nerfs parfaitement déterminés avec les cellules qui y correspondent dans la moelle deviennent malades. En mettant en regard les données anatomiques fournies par ces cas et les notions qui nous sont acquises sur la structure et le fonctionnement de la moelle, on en est venu à conclure que les segments malades forment, tant sous le rapport anatomique que physiologique, un système à part. C'est donc à juste titre qu'on qualifie ces affections de la moelle du nom de *maladies systématiques*, ou, étant donné qu'il s'agit toujours d'une dégénérescence primitive d'éléments nerveux spécifiques, de *maladies nerveuses systématiques*. A l'heure présente, on n'a pas encore clairement expliqué ce phénomène curieux qui consiste en ce que des segments de la moelle, ayant un rôle fonctionnel rigoureusement déterminé (*systèmes de fibres, neuronsystèmes*) peuvent devenir isolément malades. Nous devons nous représenter ou bien que certains neuronsystèmes ont, en des conditions données,

une tendance congénitale ou acquise particulière à faiblir (v. plus loin, ataxie héréditaire), ou bien encore que les influences morbigènes en d'autres cas ne se répartissent pas sur la moelle entière, mais s'exercent seulement sur les fibres et les cellules d'un système délimité (v. théorie du *tabes*), supposition qui offre une analogie complète avec la manière d'agir de beaucoup de poisons (curare, strychnine, plomb, etc.).

Au rebours de ces affections systématiques, il y a un *second groupe* de maladies spinales dans lesquelles cette limitation du processus à certains segments de la moelle n'existe pas, ou n'existe qu'à un degré beaucoup moindre. Dans ces conditions, la maladie se propage dans une étendue plus ou moins grande, soit en travers, soit dans le sens de l'axe de la moelle, et se présente, tantôt à l'état d'un grand foyer unique, d'autres fois sous forme d'une multitude de petits foyers disséminés et séparés les uns des autres. A ce groupe des *affections spinales asystématiques, diffuses*, appartiennent, outre les *hémorragies* et les *lésions traumatiques* dont nous avons parlé, les *néoplasmes*, les « *inflammations* » aiguës et chroniques de la moelle (*myélite diffuse*), la *sclérose multiple*, etc.

Si l'on considère que tous les segments de la moelle, dont les lésions prises isolément constituent des maladies systématiques, peuvent être englobés dans les affections myéliques diffuses, il est évident que tous les symptômes cliniques ressortissant aux maladies systématiques, peuvent être compris dans le cortège symptomatique des affections diffuses. Car les symptômes spinaux comme tels ne dépendent nullement de la *nature* du processus, mais de l'*endroit* qu'il occupe et de l'irritation ou de l'interruption de conductibilité qu'il provoque dans des voies nerveuses déterminées. Le diagnostic des affections de la moelle est donc toujours et avant tout un *diagnostic régional*. En présence des troubles fonctionnels de chaque cas en particulier, nous cherchons à fixer l'endroit de la moelle où siège l'affection dont ces troubles sont la manifestation. En comparant tous les symptômes existants, et en tenant compte des fonctions qui continuent de s'exécuter normalement, nous sommes en état de juger si l'affection se limite d'une manière systématique à un district physiologique spinal, ou si elle va se propager, d'une manière diffuse et irrégulière, à une étendue plus ou moins considérable du cordon médullaire. Dans le premier cas, nous n'avons pas de peine à voir que l'affection se ramène à l'un ou à l'autre des *types* morbides prémentionnés ; dans le second cas, nous pouvons, tout au moins d'une manière générale, déterminer l'étendue et le siège de l'affection, et puis, en nous basant sur la marche et la combinaison des phénomènes, nous prononcer, autant que possible, sur la nature de la maladie.

Nous pourrions en cet endroit nous abstenir de faire une exposition