

Le pronostic varie avec la nature de la cause qui a donné lieu à la compression; le mal vertébral cancéreux est toujours mortel, tandis que la paraplégie produite par un mal de Pott non tuberculeux est curable, de même que celle qui résulte de la présence d'une gomme ou d'une exostose syphilitique dans le canal rachidien. Le danger est d'autant plus grand que la compression porte sur un point plus élevé de la moelle épinière; l'existence de contractures des membres et de troubles de la sensibilité annonce une myélite secondaire et aggrave par conséquent le pronostic.

TRAITEMENT. — La thérapeutique n'est efficace que dans les compressions d'origine syphilitique ou dans celles qui sont la conséquence du mal de Pott non tuberculeux; dans le premier cas, on prescrira le mercure et l'iodure de potassium, en insistant sur ce dernier médicament, dont il ne faut pas craindre d'élever les doses. Sous l'influence de ce traitement, les paralysies syphilitiques disparaissent avec une rapidité merveilleuse, à condition que le tissu de la moelle ne soit pas altéré profondément. Dans la paraplégie consécutive au mal de Pott, le meilleur mode de traitement consiste dans les cautérisations ponctuées superficielles faites le long du rachis surtout à l'endroit où existe l'altération osseuse; ces cautérisations doivent être répétées de temps à autre; elles donnent des résultats bien plus satisfaisants que les cautérisations profondes que l'on pratiquait autrefois. On doit prescrire en même temps un régime tonique et reconstituant, et placer les malades dans des conditions d'hygiène aussi bonnes que possible; tous ces moyens échouent lorsque le mal de Pott est de nature tuberculeuse.

Dans le mal vertébral cancéreux, on doit se proposer comme unique but de soulager les malades; les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine rendent de grands services.

M. HAWKINS. Case of malignant Disease of the spinal Column (Med.-chir. Transact., 1845.) — LEYDEN. Ueber Wirbelkrebs (Ann. de la Charité, t. I.) — LEUDET. Curabilité des accidents paralytiques consécutifs au mal vertébral de Pott (Soc. de biologie, 1862-1863). — CHARCOT. Sur la paraplégie douloureuse (Soc. méd. des hôp. 1865). — BOUCHARD. Des dégén. second. de la moelle épinière (Arch. gén. de méd., 1866). — TRIPIER. Du cancer de la colonne vertébrale et de ses rapports avec la paraplégie douloureuse, thèse, Paris, 1866. — CHARCOT. Hémiparaplégie par compression de la moelle (Arch. de physiol., 1869). — GENRET. De la paraplégie des cancéreux, thèse, Paris, 1870. — MICHAUD. Sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral, thèse, Paris, 1871. — HANNE. Essai sur les tumeurs intra-rachidiennes, thèse, Paris, 1872. — CHARCOT. De la compression lente de la moelle épinière, in *Leç. sur les maladies du syst. nerveux*. — LEYDEN. Clinique des maladies de la moelle. Berlin, 1874. — LIOTVILLE ET STRAUS. Compression de la moelle par des hydatides (Soc. de biol., 1875). — COURJON. Etude sur la paraplégie dans le mal de Pott, thèse, Paris, 1874. — HUT-

CHINSON. Sur l'état de la température et de la circulation après les lésions de la moelle cervicale (Arch. gén. de méd., 1875). — RICARD (L.). Paraplégie curable dans le mal de Pott, thèse, Paris, 1876. — BELLECONTRE. Compression de la moelle par des kystes hydatiques, thèse, Paris, 1876. — VINOT (H.). Contribution à l'étude des lésions unilatérales de la moelle, thèse, Paris, 1876. — HALLOPEAU. Article *Moelle*, in *nouv. Diction. de méd. et de chir. prat.* — VULPIAN. Leçons sur les maladies du système nerveux, 1877, p. 44; — ROSENTHAL. Op. cit. — HUGO KOBNER. De Phémiparaplégie spinale (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1877.)

DES MYÉLITES.

Nous avons dit au début de cet ouvrage que la théorie de Broussais, inadmissible pour les maladies générales, s'appliquait bien à la plupart des maladies locales; les maladies de la moelle fournissent une preuve excellente à l'appui de cette assertion car leur classification se réduit presque entièrement à une classification des myélites.

Les différences de structure des organes impriment souvent au processus inflammatoire des caractères particuliers, tel est le cas pour la moelle; l'inflammation s'y caractérise tantôt par un ramollissement de la substance blanche, tantôt par une atrophie des cellules nerveuses de la substance grise. La formation d'abcès y est très-rare. Les myélites se distinguent encore des inflammations des autres organes par la tendance qu'elles ont à se limiter à certains faisceaux de la substance blanche ou à certaines parties de la substance grise, à se *systématiser*, suivant l'heureuse expression employée par MM. Vulpian et Charcot.

Nous baserons la classification des myélites sur les deux caractères suivants: 1° *rapidité plus ou moins grande de l'évolution*; 2° *existence de lésions systématiques ou non systématiques*.

Quelques auteurs ont classé les myélites en *interstitielles* et *parenchymateuses*, suivant que le processus inflammatoire paraissait se localiser primitivement dans le tissu conjonctif interstitiel (névroglie), ou dans les éléments nerveux eux-mêmes (tubes nerveux, cylindres d'axe, cellules nerveuses); malheureusement, il est souvent difficile de dire dans quels éléments une myélite a débuté et dans beaucoup de cas les altérations portent à la fois sur le tissu conjonctif et sur les éléments nerveux. Les myélites parenchymateuses sont, du reste, le plus souvent systématiques, de sorte que la division des myélites en *systématiques* et *non systématiques* correspond à peu près à celle de *myélites parenchymateuses* et *myélites intersti-*

tielles; elle a de plus l'avantage de ne pas préjuger la question encore controversée du siège initial de l'inflammation et de rappeler le principal caractère anatomo-pathologique des myélites.

MYÉLITES AIGUES	}	SYSTÉMATIQUES	{	Myélite antérieure aiguë (paralysie infantile).
		NON SYSTÉMATIQUES		Myélite antérieure ascendante sub-aiguë.
MYÉLITES CHRONIQUES	}	SYSTÉMATIQUES	{	Myélite aiguë généralisée.
				Myélite aiguë circonscrite.
		NON SYSTÉMATIQUES	{	Sclérose des cordons postérieurs (ataxie locom. progressive).
				Sclérose latérale amyotrophique.
				Tabes spasmodique.
				Atrophie musculaire progressive.
				Sclérose en plaques.
				Myélites chroniques diffuses.

Après avoir décrit les myélites aiguës et chroniques, nous nous occuperons : 1° des paraplégies réflexes, 2° des paraplégies par ischémie ou par congestion de la moelle, 3° de l'hématomyélie et de l'hématorrhachis 4° des méningites spinales.

MYÉLITES AIGUES.

MYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE.

Synonymie : *Paralysie infantile. Paralysie atrophique de l'enfance.*

|| *Tropho-myélite antérieure aiguë. Paralysie spinale atrophique.*

La myélite antérieure aiguë a été décrite pendant longtemps sous le nom de *paralysie infantile* et considérée comme une névrose; c'est ainsi que Heine (1840) et Rilliet (1851) ont envisagé cette maladie, dont ils ont donné, du reste, des descriptions cliniques excellentes. Les travaux ultérieurs, ceux en particulier de Duchenne, de Charcot, de Cornil, de Prevost et Vulpian ont montré : 1° que la paralysie dite *infantile* pouvait se rencontrer chez l'adulte; 2° qu'il ne s'agissait pas d'une névrose, mais d'une myélite caractérisée par une altération constante des cornes antérieures.

ÉTIOLOGIE. — La myélite antérieure aiguë présente son maximum de fréquence chez les enfants de un à deux ans, mais on l'observe également dans la seconde enfance et chez l'adulte. Il est souvent

impossible de découvrir chez les enfants une cause quelconque à la maladie; la dentition, les fièvres essentielles ont été citées parmi les conditions prédisposantes. Dans les faits recueillis chez l'adulte, l'influence du froid paraît bien établie; témoin ce Russe dont parle Duchenne qui fut frappé de paralysie après s'être couché nu dans la neige; Kussmaul, Cuming, Bernhardt ont cité des faits également probants en faveur de l'étiologie à frigore. L'un de nous a publié l'observation d'un jeune soldat qui fut frappé de paralysie atrophique après avoir passé une nuit sur la terre humide.

DESCRIPTION. — On peut distinguer dans la marche de la maladie *une période paralytique* et *une période atrophique*.

Le début est celui d'une affection aiguë et souvent fébrile; la fièvre initiale a une durée très-variable; tantôt elle ne dure que quelques heures, tantôt elle se prolonge pendant dix ou quinze jours; parfois même elle s'accompagne d'un état typhoïde, qui rend le diagnostic difficile; elle peut faire complètement défaut.

La paralysie s'établit très-rapidement; en vingt-quatre ou quarante-huit heures, elle a presque toujours atteint son maximum; son étendue et son mode de répartition sont très-variables, tantôt les quatre membres sont frappés, tantôt il existe une hémiplégie ou une paraplégie, quelquefois l'un des membres supérieurs est pris avec le membre inférieur du côté opposé; la paralysie peut enfin se limiter à quelques muscles.

La contractilité électro-musculaire disparaît rapidement dans les muscles paralysés; dès le septième ou huitième jour elle est parfois complètement abolie.

Il n'existe jamais de troubles des fonctions de la vessie, ni du rectum.

La sensibilité est conservée; quelques malades ressentent des élancements douloureux dans les membres paralysés.

L'intelligence est intacte; chez les enfants, on observe quelquefois des convulsions pendant la période fébrile.

Après une durée de huit à quinze jours, la paralysie entre en voie de décroissance. Les mouvements reviennent dans un certain nombre de muscles, tandis que les autres restent paralysés et subissent une atrophie rapide (période atrophique). Même dans les cas où l'atrophie se limite à quelques muscles d'un membre, il peut en résulter des troubles graves; les antagonistes des muscles paralysés augmentent les déformations résultant de la paralysie et de l'atrophie de certains groupes de muscles. C'est ainsi