

cas où il existe de la fièvre; on appliquera des ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale ou bien des sangsues en nombre variable suivant l'âge des malades. Les purgatifs sont également indiqués.

Lorsque la période aiguë est terminée l'excitation électrique des muscles paralysés constitue la médication la plus utile; dans tous les cas où la contractilité est seulement diminuée, l'électricité amène une guérison complète et rapide (Duchenne); il faut employer des courants à intermittences éloignées et électriser les muscles isolément; une excitation électrique trop forte avec les piles à intermittences très-rapprochées que l'on emploie d'ordinaire fait souvent plus de mal que de bien. Quand la contractilité a disparu complètement il faut encore employer avec persistance l'électricité mais sans se faire d'illusions sur le résultat probable. Les courants continus ont été conseillés, ils ne donnent pas des résultats aussi satisfaisants que les courants interrompus maniés par une main exercée.

Lorsque certains muscles sont entièrement détruits on peut souvent à l'aide d'appareils orthopédiques, remédier dans une certaine mesure à l'impotence fonctionnelle d'un membre. Les indications à remplir sont très-variées et nous sommes obligés de renvoyer le lecteur au *Traité d'électrisation localisée* de Duchenne, et aux ouvrages spéciaux relatifs à l'orthopédie.

RILLIET. Gaz. méd. de Paris, 1851. — DUCHENNE (de Boulogne). De la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance. Gaz. hebdom. 1855 et *Traité d'électris. local.* 3^e édit. p. 381. — RILLIET et BARTHEZ. *Traité des malad. des enfants*, Paris, 1861, t. II, p. 545. — CORNIL. Comptes rendus de la Soc. de biol. 1863. — DUCHENNE de Boulogne (fils). Thèse, Paris, 1864. — LABORDE. Thèse, Paris, 1864. — VULPIAN et PRÉVOST. *Compt. rend. de la Soc. de biol.*, 1866. — PARROT et JOFFROY. Note sur un cas de paral. infantile. (*Arch. de Physiol.* 1870), p. 309. — ROGER et DAMASCHINO. *Gaz. méd.* 1871. — CHARCOT. Des amyotrophies spinales in *Leç. sur les malad. du Syst. nerveux.* — PETITFILS. Thèse, Paris, 1873. — COCHE. Thèse, Paris, 1878. — TARTIÈRE. Thèse, Paris, 1874. — BURNEVILLE et TEINTURIER. De la paralysie spinale chez l'adulte. (*Progrès méd.* 1875.) — A. LAVERAN. Un cas de myélite anter. aiguë chez l'adulte. (*Progrès méd.* 1876). — HERMANN. Thèse, Paris, 1876. — COUTY. *Gaz. méd.*, 876. — HALLOPEAU. *Art. Moëlle* in *nouv. Diction. de méd. et de chir. prat.* — TRIPIER. Paralysie spinale de l'adulte. *Lyon, méd.*, 1877. — SEGUIN. Myélite des cornes ant. New-York, 1877. — H. HAMON. Thèse, Paris, 1878. — DEJERINE. Note sur deux cas de paralysie infantile. *Soc. Anat.* 1878).

MYÉLITE ANTÉRIEURE ASCENDANTE SUBAIGUË.

La myélite antérieure ascendante subaiguë a été décrite par Duchenne de Boulogne sous le nom de *paralysie générale spinale*

antérieure subaiguë; c'est une maladie rare et encore mal définie au point de vue anatomo-pathologique, mais son existence comme entité morbide distincte ne nous paraît pas contestable. Son *étiologie* est très-obscur.

DESCRIPTION. — Les malades éprouvent tout d'abord un affaiblissement des membres inférieurs ou de l'un de ces membres; les fléchisseurs du pied sur la jambe, puis les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin sont en général affectés les premiers; la paralysie envahit ensuite les extenseurs de la jambe sur la cuisse. La marche, la station debout deviennent impossibles, enfin tous les mouvements des membres inférieurs sont abolis.

La contractilité électrique des muscles paralysés diminue rapidement; en même temps il se produit une atrophie en masse de ces muscles.

Les muscles du tronc et ceux des membres supérieurs sont ensuite envahis progressivement; si la maladie ne s'arrête pas dans sa marche on voit survenir des troubles de la prononciation et de la déglutition (paralysie des muscles de la face et de la langue), enfin la respiration est atteinte et les malades succombent à l'asphyxie ou à la syncope.

La paralysie peut être *descendante*; elle revêt quelquefois temporairement la forme *hémiplegique*.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité ni de l'intelligence; aucun désordre de la miction ni de la défécation.

La durée est variable: tantôt la myélite antérieure ascendante envahit en quelques semaines les quatre membres, tantôt ses progrès sont lents et sa durée se chiffre par années. Il peut y avoir des temps d'arrêt plus ou moins longs. Chose remarquable, cette paralysie ascendante se termine assez souvent par la guérison; au moment où elle menace d'envahir le bulbe, elle s'arrête tout à coup et rétrograde.

On ne connaît pas encore exactement les lésions de la paralysie générale spinale, mais les analogies permettent de croire qu'elles portent sur les cornes antérieures de la moelle.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Les caractères fondamentaux de la paralysie spinale se résument ainsi: 1^o affaiblissement progressif, puis paralysie complète affectant d'ordinaire primitivement les membres inférieurs et se généralisant ensuite; 2^o diminution rapide de la contractilité électrique des muscles paralysés; 3^o atrophie en

masse des muscles paralysés; 4° intégrité de la sensibilité et de l'intelligence, absence de troubles de la miction et de la défécation; 5° rétrocession assez fréquente de la paralysie, qui peut disparaître complètement.

La myélite antérieure aiguë (paralysie infantile) a une marche beaucoup plus rapide; elle arrive en quelques heures ou en quelques jours à son maximum d'intensité, et elle s'accompagne assez souvent de fièvre; l'atrophie consécutive se limite d'ordinaire à quelques groupes de muscles, ce n'est pas une atrophie en masse comme dans la paralysie générale spinale.

La paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry a une marche très-rapide, et elle se termine presque invariablement par la mort. La sensibilité n'est pas toujours respectée.

La paralysie générale proprement dite ou paralysie des aliénés peut débiter par des symptômes spinaux, mais il s'agit alors de myélites diffuses avec troubles de la sensibilité, de la miction et de la défécation; l'apparition de troubles psychiques lève tous les doutes.

Le pronostic de la paralysie générale spinale est grave sans contredit et le médecin éprouve une anxiété légitime quand il assiste à l'évolution de cette maladie. Les membres supérieurs se paralysent après les inférieurs; les muscles de la respiration se prennent ensuite et le diaphragme reste quelquefois seul pour entretenir la respiration et la vie; il y a là un moment critique: si la lésion remontait quelques centimètres plus haut, la mort serait inévitable; heureusement il n'est pas rare de voir la maladie s'arrêter spontanément dans sa marche ascendante, puis rétrocéder peu à peu. Les chances de guérison sont bien plus grandes que dans la myélite aiguë diffuse, c'est là un fait que le praticien ne doit jamais perdre de vue; il évitera ainsi de présenter comme désespéré l'état d'un malade qui peut se rétablir assez rapidement, erreur de pronostic qui serait très-préjudiciable à sa réputation, car, suivant la très-juste remarque de Trousseau, on pardonne plus volontiers à un médecin de laisser mourir un malade que de ne pas prévoir exactement l'issue d'une maladie.

TRAITEMENT. — Au début, surtout lorsque la marche est rapide, on doit faire usage des antiphlogistiques (sangues, ventouses scarifiées), et des révulsifs (vésicatoires); plus tard, lorsque la paralysie paraît vouloir persister dans certains muscles, l'emploi de l'électricité est indiqué; on peut, suivant le conseil de Duchenne,

employer concurremment un courant continu descendant et l'électrisation localisée.

DUCHENNE (de Boulogne). De l'électrisat. localisée, 1872, 3^e édit., p. 459. — VULPIAN. Leç. sur les malad. du syst. nerv. 1877.

MYÉLITES AIGUES DIFFUSES.

ÉTIOLOGIE. — Les causes les plus connues de la myélite aiguë diffuse sont: le froid, les fatigues excessives, les affections de la vessie; la plupart des maladies aiguës peuvent se compliquer de myélite.

DESCRIPTION. — A. *Myélite aiguë diffuse généralisée*. Le début est rapide, presque toujours fébrile; les malades éprouvent des douleurs en ceinture et des fourmillements dans les extrémités inférieures; les apophyses épineuses sont douloureuses à la pression au niveau de la région de la moelle qui est le siège primitif de l'inflammation; les troubles de la motilité et ceux de la sensibilité suivent une marche presque parallèle. L'affaiblissement des membres supérieurs fait de rapides progrès; en trente-six ou quarante-huit heures la paraplégie peut être complète; en même temps il se produit une anesthésie qui commence en général par la plante des pieds et qui remonte progressivement vers la racine des membres. Lorsque la paraplégie est incomplète et que la marche est encore possible, l'anesthésie plantaire occasionne une gêne notable, les malades ne sentent pas le sol ou bien ils ont la même sensation que s'ils marchaient sur un oreiller de plume. La sensibilité à la température est souvent pervertie, les corps froids donnent une sensation de brûlure, surtout au niveau de la région du tronc qui est le siège des douleurs en ceinture, ou réciproquement les corps chauds déterminent une sensation du froid.

Les réflexes peuvent être exagérés au début, ce qui indique que l'inflammation a isolé pour ainsi dire du cerveau la partie inférieure de la moelle, laquelle n'a pas encore subi d'altération profonde; par suite de la généralisation de l'inflammation, les réflexes ne tardent pas à disparaître.

En même temps que ces troubles de motilité et de sensibilité des membres inférieurs, on voit survenir des désordres de la miction et de la défécation, caractérisés d'abord par de la rétention des matières fécales et des urines, puis par de l'incontinence. Au début

il peut y avoir une surexcitation des organes génitaux qui se transforme bientôt en impuissance.

La myélite diffuse aiguë a souvent une marche ascendante; la paralysie gagne les muscles du tronc, ceux des membres supérieurs, enfin les muscles de la respiration et la mort arrive par asphyxie ou syncope.

Dans certains cas la paralysie fait tout à coup de rapides progrès; en quelques instants une paraplégie légère devient complète, ou bien une paralysie limitée aux membres inférieurs envahit les supérieurs et les muscles respiratoires; la formation de foyers d'hémorrhagie dans l'intérieur de la moelle ou *hématomyélie* est la cause ordinaire de cette aggravation subite des accidents.

La myélite aiguë se complique presque toujours de troubles trophiques et en particulier d'eschares au sacrum, auxquelles on a donné le nom de *decubitus acutus* pour les distinguer des eschares à développement lent, *decubitus chronicus*, qui sont l'effet de la pression prolongée sur une partie du corps. Une plaque érythémateuse se montre tout d'abord au sacrum; elle s'élargit rapidement en s'étendant d'une façon symétrique de chaque côté de la ligne médiane, puis elle se recouvre au centre de vésicules ou de bulles qui renferment un liquide sanieux; l'épiderme soulevé se détache et laisse à nu une surface grisâtre ou brunâtre qui ne tarde pas à devenir entièrement noire; la couleur des parties sphacélées tranche alors fortement sur la teinte d'un rouge feu des parties érythémateuses qui les entourent. Si les malades survivent assez longtemps, l'eschare se détache et met à nu une plaie sanieuse qui va parfois jusqu'aux os du bassin; dans d'autres cas, il se produit des phlegmons gangréneux du périnée qui par eux-mêmes peuvent entraîner la mort.

On observe également des troubles trophiques du côté des muscles et des articulations (myosite interstitielle, arthropathies); enfin des troubles de la sécrétion urinaire et des œdèmes partiels. Brodie a vu les urines devenir alcalines du deuxième au huitième jour; parfois il existe une néphro-cystite purulente.

La contractilité électro-musculaire disparaît rapidement.

La durée est variable; la mort peut survenir du deuxième au quatrième jour, surtout lorsqu'il y a *hématomyélie*. A côté de ces cas de myélite suraiguë, on en pourrait citer d'autres qui ont été décrits quelquefois sous les noms de myélites diffuses *subaiguës*, de *paralysie générale spinale subaiguë diffuse* (Duchenne).

Dans les cas moyens, la durée de la maladie est de trois semaines environ.

B. Myélite aiguë diffuse partielle. Les symptômes de la myélite aiguë partielle sont variables avec le siège des altérations; on peut distinguer : *a*, une myélite *dorso-lombaire*; *b*, une myélite *cervico-dorsale*; *c*, une myélite *unilatérale*.

La *myélite dorso-lombaire*, qui siège au niveau du renflement de ce nom répond au type classique de la myélite aiguë; c'est la forme la plus commune. Le début est en général moins brusque que dans la myélite aiguë généralisée, la fièvre n'est pas très-vive et dure peu; les malades éprouvent une sensation de constriction douloureuse au niveau du point correspondant à la partie supérieure du foyer de myélite; il leur semble que la partie inférieure de la poitrine est comprimée, enserrée dans un lien étroit; des fourmillements, des élancements se font sentir dans les extrémités inférieures; la sensibilité, exaltée d'abord, diminue rapidement ainsi que la motilité; la paraplégie bientôt complète se complique des troubles de la miction et de la défécation et des altérations trophiques signalés plus haut à propos de la myélite aiguë généralisée.

La myélite aiguë dorso-lombaire peut guérir, mais le plus souvent elle passe à l'état chronique, quand elle ne se termine pas par la mort.

La *myélite cervico-dorsale* donne lieu quelquefois à une paralysie isolée des membres supérieurs, le plus souvent la paraplégie occupe les quatre membres. Outre les troubles de sensibilité, de motilité et de nutrition qui ont une grande analogie avec ceux de la myélite aiguë généralisée, on observe : 1° des troubles oculo-pupillaires, qui s'expliquent par la lésion du centre cilio-spinal; les pupilles d'abord dilatées se resserrent ensuite; il peut y avoir également des troubles vaso-moteurs du côté de la face; 2° des troubles gastriques analogues aux crises gastriques de l'ataxie locomotrice (Charcot); 3° de la dyspnée, qui s'explique par la paralysie de quelques-uns des muscles qui coopèrent à l'acte de la respiration; de la gêne de la déglutition, du hoquet; 4° un ralentissement du pouls bientôt suivi d'une accélération; 5° une élévation de la température, qui se transforme le plus souvent en un abaissement dès que la paralysie est complète.

La myélite cervico-dorsale ayant pour effet d'isoler toute la partie inférieure de la moelle, les réflexes sont notablement exagérés dans les membres inférieurs; on peut observer des contractures.

Lorsque la myélite s'étend à la partie supérieure de la moelle cervicale et à la région bulbaire, on constate alors des troubles graves de la respiration et de la circulation, la mort arrive le plus souvent par asphyxie.

La myélite peut se circonscire à l'une des moitiés latérales de la moelle; il en résulte soit une paralysie limitée à un seul membre: *monoplégie*; soit la paralysie de deux membres du même côté: *hémiplégie*, suivant la hauteur à laquelle siège l'altération. L'anesthésie s'observe du côté opposé à l'hémiplégie comme dans les cas de compression d'une moitié latérale de la moelle; l'eschare se produit, non sur la ligne médiane, mais latéralement du côté qui n'est pas paralysé, tandis que les lésions musculaires et les arthropathies siègent du côté paralysé. Les faits de myélite unilatérale sont très-rares, l'inflammation, après avoir envahi une moitié de la moelle, ne tarde pas en général à s'étendre à l'autre moitié.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans bon nombre de cas, la moelle est ramollie et fluctuante au niveau des points enflammés; elle s'aplatit sur la table d'amphithéâtre, et lorsqu'on la coupe il s'écoule par la surface de section une bouillie blanchâtre. Dans les cas d'hématomyélie on trouve dans la substance grise du sang plus ou moins transformé; le foyer hémorrhagique peut occuper la substance grise dans toute la hauteur de la moelle comme dans les cas rapportés par Cruveilhier et par M. L. Colin.

Les lésions médullaires ne sont pas toujours aussi appréciables à l'œil nu; il peut arriver que la consistance de la moelle soit peu altérée et que sur des coupes on distingue encore la substance grise et la substance blanche dans leurs rapports normaux, sans autre altération qu'une injection plus ou moins vive. L'examen histologique est indispensable pour apprécier l'étendue des altérations.

Au point de vue de cet examen, on peut distinguer deux degrés de myélite aiguë: 1° cas dans lesquels la moelle a une consistance à peu près normale; 2° cas dans lesquels la moelle est réduite en bouillie. Dans le premier cas on doit faire durcir la moelle dans une solution faible d'acide chromique et pratiquer ensuite des coupes minces qui sont colorées au carmin et montées dans le baume de Canada; il est facile de constater ainsi que les altérations portent à la fois sur la névroglie et sur les éléments nerveux. La névroglie notablement épaissie occupe dans les préparations un

espace bien plus considérable qu'à l'état normal et se colore vivement par le carmin; elle est infiltrée d'éléments embryonnaires en grand nombre et de corps granuleux. Les cellules nerveuses subissent des transformations analogues à celles qui ont été décrites à propos de la myélite antérieure aiguë; elles s'atrophient et se réduisent à de petites masses globuleuses et pigmentées qui finissent même par disparaître; plus rarement elles sont tuméfiées, globuleuses, *hydropiques*; leurs prolongements sont alors épaissis et tortueux (Charcot). Les cylindres d'axe participent souvent à l'altération, ils doublent ou triplent d'épaisseur, et ils présentent de distance en distance des renflements fusiformes; cette *tuméfaction moniliforme* des cylindres d'axe a été décrite par Fromman et Charcot.

Dans les cas où la moelle est ramollie, diffuente, la matière blanchâtre qui s'écoule sur les coupes renferme les éléments suivants: 1° des globules blancs et des globules rouges en nombre très-variable; 2° des gouttelettes de graisse ou de myéline; 3° de grands éléments arrondis et fortement granuleux qui ne sont autres que les cellules de la névroglie tuméfiées et chargées de gouttelettes de myéline; ces éléments absorbent probablement la myéline comme les leucocytes font des poussières fines mises à leur contact; 4° des cellules nerveuses plus ou moins altérées, granuleuses, ayant perdu leurs prolongements; 5° des fibres nerveuses et des cylindres d'axe moniliformes.

Entre ces deux extrêmes: altérations de la moelle à peine appréciables à l'œil nu, diffuente complète, il y a une série d'intermédiaires.

Lorsque la myélite est partielle et qu'elle n'entraîne pas la mort, le foyer de ramollissement se cicatrise, les éléments détruits se résorbent, la névroglie prolifère et donne lieu à une cicatrice fibreuse, jaunâtre, analogue aux plaques jaunes qui sont les cicatrices des foyers de ramollissement de l'encéphale.

Les lésions musculaires consécutives à la myélite aiguë consistent en de véritables *myosites* caractérisées par la prolifération du tissu conjonctif.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La fièvre initiale, les douleurs en ceinture et les fourmillements dans les extrémités, les progrès rapides de la paraplégie, l'anesthésie, les troubles de la miction et de la défécation, les altérations trophiques, constituent les caractères les plus importants au point de vue du diagnostic. On ne confondra pas

la myélite diffuse aiguë avec les myélites antérieures aiguës qui ne s'accompagnent pas de troubles de la sensibilité, n'entravent pas les fonctions de la vessie ni du rectum, et ne donnent lieu en fait de troubles trophiques qu'à une atrophie des muscles paralysés.

La paraplégie par compression de la moelle a une marche lente, progressive; à moins de complication elle ne s'accompagne pas de fièvre, les troubles de sensibilité et les troubles trophiques ne surviennent qu'à une période avancée, enfin la paralysie est souvent plus marquée d'un côté que de l'autre, contrairement à ce qui a lieu dans la myélite diffuse.

La paraplégie hystérique débute brusquement mais sans fièvre, elle est le plus souvent précédée par des attaques convulsives; la contractilité électrique est conservée dans les muscles paralysés et on n'observe aucune altération trophique; la paralysie peut guérir brusquement.

Les myélites chroniques se différencient de la myélite aiguë diffuse par la lenteur même de leur évolution.

La myélite subaiguë s'accompagne parfois à son début de douleurs vives le long des nerfs ou dans les muscles qui peuvent être confondues avec des névralgies ou avec le rhumatisme musculaire. Il faut se rappeler que les névralgies sont presque toujours unilatérales; les points névralgiques font du reste défaut dans les douleurs qui sont sous la dépendance de la myélite; les troubles de la motilité viennent bientôt lever tous les doutes.

Lorsque dans le cours d'une myélite aiguë on voit la paraplégie se compléter tout à coup, on peut soupçonner l'hématomyélie.

La méningite spinale aiguë est une affection rare dans l'histoire de laquelle les troubles de la sensibilité tiennent la première place; nous aurons plus tard l'occasion d'y revenir.

La myélite aiguë généralisée est presque toujours mortelle, il est très-rare qu'elle s'arrête dans sa marche ascendante; dans les cas compliqués d'hématomyélie la maladie peut évoluer en vingt-quatre ou quarante-huit heures; la mort résulte d'ordinaire de la paralysie des muscles de la respiration et de l'asphyxie consécutive, elle peut être le fait des eschares qui donnent lieu à un empoisonnement septique accompagné de fièvre hectique ou même à la pyohémie caractérisée par la formation d'abcès métastatiques.

Le pronostic des myélites partielles varie avec leur degré d'acuité et avec leur siège; la myélite aiguë cervicale est très-grave, elle s'étend presque toujours au bulbe; la myélite lombo-dorsale au contraire se

termine quelquefois par guérison ou bien elle passe à l'état chronique.

L'existence d'altérations trophiques précoces est généralement d'un très-mauvais pronostic.

TRAITEMENT. — Au début il faut mettre en usage le traitement antiphlogistique, on fera des applications de sangsues et de ventouses scarifiées le long du rachis; le nombre des sangsues et des ventouses scarifiées que l'on doit prescrire varie naturellement avec l'âge et la constitution des malades; les purgatifs sont indiqués à la fois pour combattre la constipation et pour opérer une révulsion sur la muqueuse digestive; le calomel a été spécialement conseillé, mais il n'est pas sûr qu'il fournisse de meilleurs résultats que les autres purgatifs. L'application du froid le long de la colonne vertébrale est difficile et mal supportée en général; les bains tièdes au contraire apportent souvent un soulagement notable. Lorsque la fièvre a disparu, on fait usage avec avantage des révulsifs (vésicatoires, pointes de feu) appliqués le long de la colonne vertébrale.

Il faut sonder les malades deux ou trois fois par jour dans les cas où il existe de la rétention d'urine; pour prévenir la formation des eschares, on entretiendra les malades dans une propreté parfaite, on les couchera sur un matelas à air ou à eau en ayant soin de les retourner de temps en temps; enfin dès que l'érythème apparaîtra au sacrum on lavera la peau plusieurs fois par jour avec de l'eau blanche, en ayant soin de la bien sécher au moyen de poudre de riz ou d'amidon. Une fois l'eschare formée on peut faire le pansement avec de la poudre de charbon et de quinquina appliquée directement sur les tissus malades et maintenue à l'aide d'un bandage approprié; cette poudre a l'avantage de désinfecter la plaie, de la dessécher et de faciliter la cicatrisation; mais ce dernier résultat est rarement obtenu dans les eschares aiguës qui en dépit de tous les traitements continuent à s'étendre en largeur et en profondeur; le pus réussit même quelquefois à se frayer une route dans l'intérieur du canal rachidien.

OLLIVIER (d'Angers). Traité des malad. de la moelle épinière, 1837. — CRUVEILHIER. Atlas d'anat. pathol., livrais. III. — JACCOUD. Des paraplégies et de Pataxie, 1864. — L. COLIN. Etudes clin. de méd. milit. 1864. — HAYEM. Des hémorragies intra-rachidiennes, thèse d'agrég. Paris, 1872. — DUJARDIN-BEAUMETZ. De la myélite aiguë, thèse d'agrég. Paris, 1872. — CHARCOT. Troubles trophiques conséc. aux malad. de la moelle, *op. cit.* — Du même, sur la tuméfaction des cellules nerveuses motrices et des cylindres d'axe, des tubes nerveux dans certains cas de myélite (Arch. de Physiol. 1871-1872). — BERNHEIM. Article *moelle* in Diction. Encyclop. des sc. méd. — LEYDEN. Clin. des malad. de la moelle. Berlin, 1874. — MARTINEAU, DUMONT-PALLIER, GERIN

ROZE. Observations de myélites aiguës généralisées in Bulletins de la Soc. méd. des Hôp. 1874-1875. — ROSENTHAL, HALLOPEAU, VULPIAN. *op. cit.* — BERTRAND. Essai sur la myélite aiguë centrale ascendante, thèse, Paris, 1877.

PARALYSIE ASCENDANTE AIGUE.

Synonymie : *Maladie de Landry.*

La paralysie ascendante aiguë a été bien décrite pour la première fois par Landry, et en l'absence de données exactes sur les altérations de la moelle qui en sont la cause, il conviendrait peut-être de lui donner le nom de *Maladie de Landry*, afin de la distinguer des myélites proprement dites qui prennent souvent aussi la forme ascendante.

La paralysie ascendante aiguë est une maladie de l'âge adulte, ses causes sont peu connues.

DESCRIPTION. — La maladie débute sans fièvre et en général sans douleurs vives, par un affaiblissement et un engourdissement des extrémités inférieures qui aboutissent rapidement à une paralysie complète. La paralysie s'étend ensuite aux muscles du tronc, puis à ceux des extrémités supérieures. Une dyspnée extrême est la conséquence de la paralysie des muscles du thorax ; l'œsophage, le larynx sont envahis à leur tour, enfin la paralysie du diaphragme entraîne la mort par asphyxie.

La contractilité électrique diminue rapidement dans les muscles paralysés.

Les troubles de la sensibilité, de la miction et de la défécation sont inconstants ; la sensibilité est ordinairement diminuée (Vulpian). L'intelligence reste intacte.

La mort survient d'habitude en six, huit ou douze jours, quelquefois cependant elle est un peu moins prompte ; il est très-rare que la maladie s'arrête dans sa marche et qu'elle rétrograde.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il est très-probable qu'il existe des modifications dans la moelle, mais ces modifications doivent être très-déliées, car d'excellents observateurs les ont recherchées en vain. Dans un cas observé récemment par Reinhard, la moelle ne présentait à l'œil nu aucun caractère anormal, mais le microscope permit de constater de petits foyers de myélite disséminés ; les cylindres d'axe étaient tuméfiés et les vaisseaux entourés d'exsudats. On a cité d'autres cas dans lesquels on avait trouvé également des lésions diffuses de la moelle ; mais le diagnostic de paralysie ascendante aiguë est discutable dans la plupart de ces faits.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Les principaux caractères de la maladie sont : l'extension rapide de la paralysie qui justifie parfaitement le nom de *paralysie ascendante aiguë*, l'affaiblissement de la contractilité électro-musculaire, l'apyrexie, l'absence de troubles intellectuels, l'intégrité ordinaire des fonctions de la vessie et du rectum.

La myélite antérieure aiguë (paralysie infantile) a un début plus brusque que la paralysie ascendante : elle s'accompagne souvent de fièvre ; arrivée à la période d'état, la maladie s'arrête, la paralysie se conscrit et les muscles s'atrophient ; en général la vie n'est pas menacée.

La myélite antérieure ascendante subaiguë a une marche plus lente que la paralysie ascendante aiguë, elle ne s'accompagne d'aucun trouble de la sensibilité et elle donne lieu à une atrophie en masse des membres ; il n'est pas rare de la voir s'arrêter dans sa marche et rétrocéder jusqu'à la guérison complète, ce qui suffirait à la séparer de la maladie de Landry.

La myélite diffuse prend souvent une forme ascendante qui rappelle au point de vue des phénomènes paralytiques la marche de la paralysie ascendante aiguë, mais alors on observe des troubles nombreux de la sensibilité, des fourmillements dans les extrémités, de l'hypéresthésie, puis de l'anesthésie, des troubles constants de la miction et de la défécation et la formation rapide des eschares.

On appliquera le *traitement* de la myélite aiguë diffuse.

LANDRY. Paralysie ascendante aiguë (Gaz. hebdom., 1859). — PELLEGRINO LEVI (Arch. gén. de méd. 1868). — CHALVET. De la paralysie ascendante aiguë, thèse, Paris, 1874. — DÉJÉRINE et GOETZ. Note sur un cas de paralysie ascendante aiguë (Arch. de Physiol., 1876, p. 312). — REINHARD. Un cas de paral. asc. aiguë (Deutsch. Arch. f. klin. Méd. 1877). — VULPIAN. Malad. du syst. nerveux, 1877, p. 188.

MYÉLITES CHRONIQUES.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE.

Synonymie : *Sclérose des cordons postérieurs.* — *Tabes dorsalis.*

De 1850 à 1858, Duchenne (de Boulogne), s'occupant d'étudier la force des mouvements partiels dans l'état de santé et dans l'état de maladie, remarqua qu'un certain nombre de malades atteints en apparence de paraplégie avaient conservé une grande force dans les mouvements partiels des membres, et que si la marche était chez