

inférieure du dos, qui ne l'empêcha pas de vaquer à ses occupations. Un peu plus tard, alors que la plaie était guérie, survint un abcès au fond duquel se trouvait la pointe de l'épée brisée dans la plaie; elle ne fut pas plus tôt extraite avec des pinces que le malade fut pris de mouvements convulsifs, de fièvre et mourut de méningo-myélite. MAUNOIR (Thèse de Montpellier, 1812) se servit d'un étau pour retirer un couteau d'une vertèbre lombaire et guérit son malade.

## CHAPITRE II

### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA MOELLE

**Bibliographie générale.** — LOUIS, *Mém. sur une question relative à la jurisprudence*, Paris, 1775. — COPLAND, *Obs. on the Sympt. of the Diseases of the Spine*, London, 1815. — CASPER (trad.), in *J. complém. d. sc. méd.*, t. XVI, p. 309. — CH. BELL, *Injuries of the Spine*, 1824. — BRÖDIE, *London Med. Chir. Transact.*, t. XX, 1837, p. 150. — VELPEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1<sup>re</sup> Série, 1825, p. 329. — BÉGIN, *Bull. Ac. de méd.*, 1840. — HUTIN, *Ibid.*, 1849. — SÉGALAS, *Ibid.*, 1844. — OLLIVIER, *Traité des mal. de la moelle*, 3<sup>e</sup> édition, 1837. — WEIR-MITCHELL, *Blessures des nerfs*, trad. franç., 1874. — ASHURST, *Injuries of the Spine*, Philadelphia, 1867. — WESTPHAL, *Arch. de physiol.*, t. I, 1868, p. 321. — RENDU, *Arch. gén. de méd.*, 1869. — EYCHORST et NAUNYN, in *Revue de Hayem*, t. IV, p. 475, et KAROW, *Ibid.*, p. 649. — HUTCHINSON, *The Lancet*, 1875, V. I, p. 706 et 747. — CHARCOT, *Leçons sur les mal. du syst. nerveux*, 1877, t. II. — FISCHER, in *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1883, t. XIX, p. 131.

Thèses de Paris. — 1836, LESTOCQUOY. — 1845, BIGOT. — 1848, LAUGIER (Conc.). — 1851, RICHET (Conc.). — 1852, SCHWEING. — 1855, BOUGEUROT. — 1859, BARAT DULAURIER. — 1871, COUYBA. — 1874, FONTAN. — 1881, BOPPE. — 1876, VINOT.

Thèses de Montpellier. — AURRAN, BERNARD, 1872.

Articles RACHIS et MOELLE des *Dictionnaires* (Bibl.).

Les traumatismes de la moelle, exposés ou abrités, comprennent les plaies, la compression, la commotion, la contusion, l'élongation et la rupture de cet organe. Avant d'exposer les caractères propres à chacun d'entre eux, nous croyons devoir, pour la lucidité du sujet et pour éviter des répétitions, décrire leurs symptômes communs.

#### § 1<sup>er</sup>. — Phénomènes communs à tous les traumatismes de la moelle

Toute lésion de la moelle entraîne à sa suite des troubles fonctionnels variés en rapport avec la physiologie de l'organe et qui intéressent la *motilité*, la *sensibilité*, l'*action réflexe*, la *nutrition*, les *fonctions génito-urinaires*, la *digestion*, la *respiration*, la *circulation*, la *calorification* et les *organes des sens*. Cette seule énumération suffit pour montrer l'importance et la complexité

des traumatismes médullaires. La moelle est en effet lésée dans son double rôle de conducteur et de centre spécial.

1<sup>o</sup> **Troubles de la motilité.** — Ils résultent toujours de la lésion des cordons antéro-latéraux et intéressent des groupes musculaires d'autant plus étendus que la lésion a son siège plus élevé. La paralysie, symptôme commun, peut être unilatérale quand un seul côté de la moelle est blessé. Les membres supérieurs sont rarement paralysés et dans ce cas la motilité de certains groupes est conservée. Ces variétés tiennent au mode d'action de la cause vulnérante : suivant le siège et l'étendue de la blessure l'épanchement sanguin qu'elle détermine, la moelle est altérée sur une hauteur variable. Les muscles paralysés sont quelquefois atteints de contractions spasmodiques liées à l'action réflexe, à la méningite spinale et même à une dégénération descendante des cordons antéro-latéraux (CHARCOT). A une période plus avancée, sous l'influence des mêmes causes, les contractions spasmodiques font place à des contractures qui engendrent des positions vicieuses.

2<sup>o</sup> **Troubles de la sensibilité.** — La paralysie motile peut exister seule, indépendamment de la perte de la sensibilité et de plus elle est toujours du même côté que la lésion quand celle-ci est incomplète. Au contraire, d'après VULPIAN, la perte de la sensibilité siège sur le côté où la motilité est conservée; on ne l'a jamais constatée isolément. Ces phénomènes sont interprétés de façons diverses par les physiologistes. Cependant OLLIVIER a vu l'anesthésie sans paralysie; d'ailleurs, habituellement les deux paralysies sont associées dans les membres inférieurs.

Les troubles de la sensibilité consistent d'une part dans la diminution ou l'abolition des sensations, d'autre part dans l'exagération et la perversion des mêmes phénomènes. L'anesthésie est complète dans la zone d'innervation des nerfs qui émergent de la moelle au-dessous des faisceaux sectionnés; à la limite de la paralysie, au contraire, il y a généralement une hyperesthésie très marquée qui se traduit par des douleurs en ceinture parfois violentes. Cette paralysie porte sur toutes les variétés de sensibilité en même temps, ou bien en respecte quelques-unes (sensation de chaud ou de froid, tact, douleur). Les troubles du sens musculaire, contrairement aux autres sensibilités siègent du côté de la lésion. Ce sens peut être conservé ou aboli, ce dont on s'assure en faisant apprécier des poids différents suspendus au membre, après avoir pris la précaution de bander les yeux du malade. L'hyperesthésie n'est pas croisée comme l'anesthésie et siège sur le même côté que la paralysie motile; en outre elle intéresse toutes les sensibilités à la fois ce qui tiendrait, d'après POINCARRÉ, à son origine inflammatoire et partant diffuse. L'hyperesthésie détermine de vives douleurs au moindre contact, et parfois même jusque dans le membre opposé (*sensations associées de CHARCOT*) ou dans les régions qui correspondent à une partie de la moelle située au-dessus de la blessure (*Excitation réflexe des centres médullaires*).

Ces divers phénomènes ont excité à un haut degré la sagacité des physiologistes, VULPIAN, BROWN-SÉQUARD, CHARCOT entre autres. L'exposé de leurs diverses opinions, encore discutables, ne saurait trouver place ici.

La perversion de la sensibilité n'est pas rare; elle se traduit par des sensa-

tions subjectives dont rien n'explique la production. Tel malade éprouve de la douleur alors que le tact est annihilé (anesthésie douloureuse); tel autre accuse spontanément des sensations de brûlure (VIGUÈS, JACKSON); un blessé de CHÉLIUS croyait avoir constamment les bras croisés sur la poitrine. Enfin on observe parfois un défaut de correspondance dans les sensations; une piqûre par exemple déterminera une sensation de brûlure ou de froid. Notons en terminant le retard dans la transmission des sensations, phénomène signalé par CRUVEILHIER et qui, dans quelques cas, a pu aller jusqu'à 20 et 30 secondes.

3° **Troubles de l'action réflexe.** — Ils consistent généralement dans des convulsions ou des contractures spasmodiques hors de proportion ou de siège avec la cause déterminante. L'intégrité du segment de moelle situé au-dessous de la lésion, est évidemment une condition indispensable de leur production. D'après VULPIAN, tous ces mouvements auraient pour objectif de soustraire la partie à la cause irritante; ils peuvent d'ailleurs s'étendre au côté opposé, mais c'est le côté anesthésié qui en est le principal siège. Peut-être faut-il rattacher à l'action réflexe avec G. POINSOT, certains accidents tétaniques ou des cas d'épilepsie spinale survenus au bout de plusieurs mois à la suite des traumatismes médullaires. La névrite ou la myélite pourraient aussi bien rendre compte de ces phénomènes rares.

4° **Troubles de nutrition.** — Leur analogie avec ceux qui résultent de la lésion des nerfs nous permettra d'exposer brièvement leur histoire. Ils sont intimement liés à l'altération médullaire, mais sans qu'on sache encore exactement de quelle façon ils se produisent. Admettre avec SAMUEL, CL. BERNARD, SCHIFF, des troubles vaso-moteurs qui modifient les conditions de nutrition, c'est imaginer une explication hypothétique que rien ne démontre. Mieux vaut encore se rallier à la théorie de la myélite de CHARCOT, basée sur ce fait que « les irritations pathologiques développées sur un nerf sensitif soit à son origine centrale, soit sur son trajet, retentissent dans la direction centrifuge jusqu'à l'extrémité terminale des filets nerveux. »

Les principaux troubles de nutrition intéressent la peau, les muscles et les articulations. Tous siègent du côté correspondant à la lésion, sauf l'escarre.

La peau présente fréquemment des plaques érythémateuses isolées ou confluentes offrant de l'analogie avec l'érythème noueux. Il s'agirait là d'un travail inflammatoire susceptible de passer à la suppuration. Cette affection est commune aux doigts et aux orteils; COUYBA a vu un érythème symétrique des genoux et on a même constaté des éruptions en dehors des régions paralysées. Signalons encore ici le pemphigus, l'eczéma rubrum, les déformations des ongles, les altérations de l'épiderme, des poils, la présence d'ulcérations analogues à l'ecthyma siégeant de préférence aux talons, aux malléoles, à la plante des pieds.

La plus importante altération de la peau est certainement la production des escarres; elles apparaissent partout où les téguments sont comprimés sur une saillie osseuse ou par le poids du corps (malléoles, genoux, trochanters, talons, olécrâne et surtout sacrum). Tantôt elles arrivent lentement après plusieurs mois de marasme, tantôt elles sont précoces, surviennent dans le deuxième septénaire, parfois même plus tôt (BRODIE). Elles constituent alors

le *decubitus acutus* de SAMUEL, remarquable par sa tendance gangreneuse. Au début, la peau est simplement érythémateuse; elle devient rouge sombre, douloureuse, et repose sur un tissu cellulaire empâté. Des bulles ou encore de vraies phlyctènes soulèvent l'épiderme, dont la rupture laisse écouler une sérosité roussâtre et met à nu le derme déjà gangrené. Peu à peu l'altération s'étend et atteint des couches plus profondes; le sacrum peut être mis à nu et même on a noté la méningo-myélite ascendante, consécutive à la perforation du canal sacré (BRODIE, LAUGIER, CHARCOT, etc.).

Les lésions du tissu cellulaire consistent dans des œdèmes inflammatoires, (œdème faux phlegmon), susceptibles de s'abcéder ainsi que PORTER, LAUGIER, en ont rapporté des exemples. Les muscles s'atrophient lentement ou rapidement. DUCHENNE a signalé la perte de la contractilité électrique au quatrième jour; l'atrophie rapide s'accompagnerait, d'après PIERRET, d'une dégénérescence spéciale de la fibre musculaire, remplie de noyaux ovoïdes, nucléolés et entourés de protoplasma.

Les lésions articulaires relativement rares (deux cas sur soixante-deux faits relevés par POINSOT) présentent deux types différents; tantôt ce sont des arthrites sub-inflammatoires apparaissant dans le deuxième septénaire, très douloureuses, susceptibles de se terminer par résolution ou ankylose, tantôt ce sont des épanchements analogues à ceux de l'hydarthrose.

5° **Troubles génito-urinaires.** — L'érection de la verge, phénomène constant dans les traumatismes de la moelle cervicale, est fréquente dans ceux de la moelle dorso-lombaire. C'est plutôt une turgescence passive qu'une érection véritable; continue ou intermittente, elle n'est jamais consciente et n'aboutit à l'éjaculation que dans les cas où la mort arrive rapidement. Les faits étudiés par CHÉDEVERGNE, SÉGALAS, BRACHET, TERRIER prouvent que si l'acte de la copulation est devenu difficile, l'éjaculation presque impossible, les propriétés du sperme ne sont pas altérées.

Les troubles de la fonction urinaire au début, et plus tard les altérations des organes eux-mêmes, sont beaucoup plus importants. La paralysie vésicale entraîne le plus souvent la rétention et ensuite l'incontinence par regorgement. COMSTOCK a signalé l'anurie, SCHAUPELHEIN la polyurie (13 000 grammes en vingt-quatre heures); rarement l'incontinence apparaît comme phénomène primitif. Sous l'influence de la rétention et des sondages, suivant SÉGALAS, TRAUBE, de l'altération de la sécrétion elle-même suivant la plupart des auteurs, l'urine devient au bout de peu de jours alcaline et ammoniacale, en même temps que sa quantité diminue. On y a exceptionnellement constaté au début la présence de sucre, d'albumine; plus tard elle laisse déposer des phosphates terreux et ammoniaco-magnésien et foisonne de bacilles. L'hématurie, l'hémoglobinurie, ont été signalées et il n'est pas absolument rare de constater la néphrite et la pyélo-cystite, avec tous leurs caractères et leurs conséquences graves.

6° **Troubles digestifs.** — L'observation clinique, d'accord avec les recherches expérimentales de SCHIFF, a montré que les troubles des fonctions digestives étaient fréquents après les traumatismes de la moelle. Signalons parmi les plus communs, la gêne de la déglutition, les vomissements muqueux, de cou-

leur brun noirâtre. La paralysie de l'intestin et du rectum amènent la constipation suivie parfois d'incontinence d'abord temporaire, plus tard permanente, quand il y a paralysie des sphincters.

7° **Troubles respiratoires.** — Quand la lésion médullaire occupe la région dorsale, on constate de bonne heure une gêne de la respiration; la paralysie des intercostaux empêche l'ampliation du thorax et la respiration prend de plus en plus le type diaphragmatique, suivant la hauteur du traumatisme et le nombre des intercostaux intéressés. La toux, l'éternuement deviennent impossibles, la voix s'altère et faiblit. Une semblable perturbation fonctionnelle a pour conséquence l'engouement du poumon, une sécrétion bronchique exagérée et catarrhale. A la fin du premier septénaire ces troubles présentent leur maximum d'intensité.

8° **Troubles de la circulation et de la calorification.** — Le ralentissement des contractions cardiaques est un phénomène constant et immédiat dans la plupart des traumatismes médullaires cervicaux ou dorsaux. Le pouls peut tomber à 30 et même, d'après CHARCOT, dans les états syncopaux, à 15 battements par minute. Le phénomène du pouls lent persiste rarement et fait habituellement place à une suractivité du muscle cardiaque; le ralentissement est lié à la paralysie des vaso-moteurs, tandis que l'inflammation de la moelle amène leur contraction et force le cœur à un travail plus énergique.

On ne sait pas encore exactement si l'élévation ou l'abaissement de la température est la règle dans les traumatismes médullaires. Avec LAUGIER on a cru longtemps qu'il y avait hypothermie et, de fait, HUTCHINSON a relevé des températures de 30°. Récemment encore HEYNOLD est arrivé au même chiffre. D'autres observateurs, depuis BRODIE, ont au contraire été frappés de l'hyperthermie en pareil cas. BRODIE a trouvé 45°; d'autres blessés ont eu des températures de 43°, 9, 43°, 5. FOURNET est arrivé à conclure que les températures élevées sont plus fréquentes et aggravent le pronostic.

Les troubles vaso-moteurs se manifestent encore quelquefois par des changements de coloration dans la zone anesthésiée et même au-dessus. Généralement ce sont des congestions, des rougeurs: dans un fait curieux dû à AURRAN, les troubles vaso-moteurs n'intéressaient que la main et les avant-bras. La sécrétion sudorale est parfois activée ou supprimée.

9° **Troubles visuels.** — Ils sont presque spéciaux à la région cervicale et se traduisent par une dilatation pupillaire avec pâleur de la face, ou par une contracture extrême avec rougeur de la même région. L'amblyopie, phénomène rare et tardif, est mal connue dans sa cause et son essence; C. ALBUTT ayant trouvé dans un cas de l'œdème et de l'hyperhémie rétinienne, l'attribua à la propagation de la méningo-myélite à la base du crâne (?).

10° **Symptômes des lésions médullaires suivant les régions.** — Tous les phénomènes que nous venons de passer en revue ne se répartissent pas également, suivant les régions de la moelle que l'on considère. A mesure qu'on s'élève le long de la colonne rachidienne, la lésion intéresse des centres nouveaux ou interrompt la transmission de l'influx nerveux dans une zone plus étendue; il est dès lors facile de comprendre que les lésions les plus simples correspondent à la région lombaire, les plus graves à la région sous-occipitale.

Pour ne pas revenir sur les mêmes phénomènes à propos de toutes les zones intermédiaires, nous avons réuni dans un tableau qui procède par gradation les symptômes spéciaux aux diverses régions.

1° Région lombaire-inférieure (jusqu'à la 1 <sup>re</sup> lombaire). La queue de cheval seule est intéressée.	Pas de paraplégie complète.	La paralysie est limitée à certains groupes musculaires. — Anesthésie disséminée. — Pas de troubles génitaux. — Troubles urinaires inconstants. — Quelquefois constipation.
2° Région lombaire supérieure. 1 <sup>re</sup> vertèbre. — Le renflement lombaire est intéressé.	Paraplégie.	Anesthésie complète du côté opposé. Paralysie intestinale et génito-urinaire. Excitation réflexe accrue. Zone hypéresthésique abdominale. — Douleur en ceinture. Érection rare. Cystite. — Néphrite. — Escarres. Troubles nutritifs.
3° Région dorsale.	Paraplégie et paralysie des intercostaux.	Respiration diaphragmatique. Flaccidité des parois abdominales. Impossibilité de la toux, de l'éternuement, du vomissement. Catarrhe bronchique. Anesthésie complète ou sensations subjectives. Excitabilité réflexe exagérée. — Tympanisme. Érection moins rare. — Pouls lent. — Taches vaso-motrices — Escarres du décubitus. — Troubles nutritifs; parfois troubles oculo-pupillaires.
4° Région cervicale jusqu'à la 4 <sup>e</sup> V. cervicale.	Paraplégie et zone hypéresthésique ou parésie des membres supérieurs.	Respiration exclusivement diaphragmatique très gênée. — Gêne de la déglutition. — Vomissements noirâtres. Zone hypéresthésique cervicale. — Turgescence du pénis. Troubles oculo-pupillaires. — Ralentissement ou accélération du pouls. — Abaissement puis élévation de la température. — Escarres rapides du décubitus acutus.
5° Au-dessus de la 4 <sup>e</sup> V. cervicale.	Paralysie du phrénique.	Mort rapide attribué e à l'asphyxie ou peut-être à la commotion du bulbe.

**Marche. Durée. Terminaisons.** — On a divisé l'évolution des traumatismes médullaires en trois périodes: 1° paralysie; 2° inflammation; 3° réparation ou aggravation.

La première période constante est caractérisée par les troubles de la motilité et de la sensibilité, l'abaissement de la température des parties paralysées, l'érection, la constipation, la rétention et l'incontinence d'urine. La période inflammatoire apparaît au commencement du deuxième septénaire; elle se manifeste par les crampes, les fourmillements, les douleurs fulgurantes avec

sensations de brûlure dans les parties paralysées. Les convulsions peuvent aller jusqu'à l'épilepsie spinale; en même temps la température s'élève, la respiration s'accélère. Déjà les troubles urinaires deviennent plus graves; la cystite et la pyélo-néphrite ne sont pas rares. Parfois on constate une rémission de mauvais augure qui est l'indice d'une désorganisation de la moelle.

A la troisième période, s'il y a eu rémission, la paralysie sans mouvements réflexes persiste; les troubles urinaires s'aggravent, les escarres s'étendent et se multiplient, la respiration s'embarrasse, la température s'élève; la diarrhée, la fièvre hectique, la myélite ascendante, la septico-pyohémie, la néphrite, enlèvent les blessés. Au contraire quand la terminaison est favorable tous les symptômes s'atténuent peu à peu, avec une grande lenteur.

La durée de la maladie varie suivant les régions. Depuis A. COOPER, on admet que pour les blessures de la moelle lombaire, la mort arrive dans l'intervalle d'un mois à six semaines; à la région dorsale il suffit de quinze jours à trois semaines; à la région cervicale inférieure la terminaison fatale arrive du troisième au septième jour; au-dessus de la quatrième cervicale la mort est très rapide.

Dans ces redoutables affections, guérir c'est ne pas mourir; car le rétablissement des fonctions ne se fait pas toujours complètement. La réparation commence par la réapparition des mouvements réflexes, la sensibilité revient ensuite, la vessie et le rectum reprennent peu à peu leurs fonctions. Le retour de la motilité débute par les orteils. Ces phénomènes de retour présentent d'ailleurs de grandes irrégularités, et la motilité reparait quelquefois avant la sensibilité. Ce travail très lent exige des mois, des années et souvent on voit persister de la parésie, de l'ataxie, de l'incontinence d'urine, des troubles des fonctions génitales, le défaut d'érection, les troubles trophiques cutanés et même l'amblyopie. Les symptômes précurseurs de la réparation doivent, d'après DUPLAY, revenir de bonne heure; après le premier mois il ne faut plus espérer la guérison si les phénomènes réflexes ne sont pas revenus.

**Diagnostic.** — Après tout ce qui précède, il est facile de reconnaître si la moelle est intéressée par un traumatisme; mais il est moins aisé de discerner la nature de la lésion, plaie, contusion, compression et surtout le degré ou le siège de l'altération. Pour le diagnostic du siège, le tableau anatomophysiologique de JADELOT basé sur l'émergence des nerfs rendra de grands services. « Une lésion de la moelle au niveau de la douzième épine dorsale paralyse presque tout le plexus sacré; au niveau de la onzième elle entraîne la paralysie des plexus lombaire et sacré; si le traumatisme siègeait entre la cinquième et la sixième il amènerait la paralysie des muscles de l'abdomen; si la moelle était atteinte entre la première et la deuxième dorsale, nous trouverions presque tous les muscles intercostaux paralysés; un peu au-dessus de la sixième cervicale tous les nerfs intercostaux seraient paralysés et la sensibilité diminuée dans les téguments du bras; une lésion qui existerait entre l'axis et la troisième vertèbre cervicale paralyserait à la fois le plexus brachial et le nerf phrénique; au-dessus de l'axis, tous les nerfs à la fois seraient paralysés. »

Quand la moelle est intéressée dans toute son épaisseur, les mouvements réflexes sont beaucoup plus accentués que quand elle est partiellement lésée.

Dans un certain nombre de cas, la paralysie motile existant seule, on est autorisé à admettre une lésion isolée des cordons antéro-latéraux; l'anesthésie sans paralysie correspond à une lésion des faisceaux postérieurs. Enfin l'anesthésie d'un membre et la paralysie motile de l'autre, peuvent être considérées comme la conséquence d'une hémisection médullaire. Cette dernière donnée, conforme à l'observation clinique, n'est pas acceptée par VULPIAN.

## § 2. — Plaies et autres traumatismes de la moelle

### 1° PLAIES DE LA MOELLE

On comprend aisément que la moelle soit rarement blessée directement; son enveloppe osseuse lui crée une protection d'autant plus efficace qu'elle est plus épaisse. Aussi les plaies de la région cervicale, plus faible que les autres, sont-elles relativement communes. Les instruments piquants ont pu pénétrer entre deux vertèbres et même d'avant en arrière traverser un disque intervertébral comme dans un cas de CROLY (tige de fer pénétrant par la bouche). Un os de poisson, en pénétrant entre l'axis et la troisième vertèbre cervicale a produit une blessure de la moelle et la mort par méningite spinale (*Glasgow Med. J.*, 1879, p. 182). Un instrument pointu peut également passer par un trou de conjugaison (FONTAN, DE BEURMANN).

Les coupures de la moelle, fort rares, n'ont guère été observées qu'à la région cervicale. J.-L. PETIT rapporte l'histoire tragique d'un homme qui vit mourir dans ses bras l'enfant de son voisin qu'il avait soulevé par la tête; l'apophyse odontoïde avait été luxée; le père furieux attaqua le meurtrier avec un couteau et le lui enfonça dans la nuque; la mort fut instantanée par section du bulbe. Les plaies contuses sont de beaucoup plus communes puisque tous les traumatismes graves des vertèbres intéressent plus ou moins directement la moelle. Parmi elles, les plaies par armes à feu méritent une mention spéciale. Tous ces traumatismes n'intéressent qu'une partie de la moelle ou sa totalité.

**Anatomie pathologique.** — Dans les cas les plus simples il y a au moins congestion et exsudation de la moelle, au niveau du point blessé; plus tard survient toujours un certain degré d'inflammation. Celle-ci peut être circonscrite ou diffuse, aiguë ou chronique. Dans le cas de myélite aiguë diffuse, on a noté le ramollissement de la moelle; dans les cas chroniques, les lésions constatées par TÜRCK, BOUCHARD, etc., consistent dans la dégénération descendante des faisceaux antéro-latéraux et ascendante des faisceaux postérieurs.

Sans entrer ici dans des considérations qui intéressent beaucoup plus spécialement la médecine et la physiologie, nous dirons que la régénération des filets nerveux dans la moelle est possible quoique exceptionnelle, car on ne connaît d'autre fait probant que celui d'OLLIVIER. Mais la régénération des cellules et des tubes nerveux a été obtenue expérimentalement par ARNEMANN OLLIVIER, FLOURENS, BROWN-SÉQUARD, WESTPHAL, EYCHORST et NAUNYN. Toute plaie de la moelle est susceptible de se cicatriser et BROWN-SÉQUARD a prouvé la possibilité de la réunion primitive chez les animaux. MASIUS et VANLAIR ont