

tion du clonus du pied); 3° le syndrome de Brown-Séguar; 4° la dissociation syringomyélique de la sensibilité.

4° *Hémi-compression de la moelle.* — La compression d'une moitié de la moelle, de même que sa destruction unilatérale, donne naissance au *syndrome de Brown-Séguar*, c'est-à-dire à une *hémiparaplégie* (face non comprise) ou à une *hémiparaplégie, avec hémianesthésie croisée*, suivant que la compression porte sur la région cervico-dorsale ou sur la région dorso-lombaire. Du côté paralysé, les téguments présentent : une hyperesthésie surmontée, à sa limite supérieure, d'une étroite bande d'anesthésie, — l'abolition du sens musculaire, — une diminution de la contractilité électrique, — l'exagération des réflexes, — des troubles vaso-moteurs et trophiques (atrophie musculaire, éruptions, arthropathies, escarres).

E. — ÉVOLUTION.

L'évolution de la compression médullaire comprend, dans les *formes à début lent* les plus habituelles, trois périodes : 1° une *période prodromique* ou *pseudo-névralgique* (quelquefois très prolongée), 2° une *période de paralysie flasque*, 3° une *période de contracture*. — Dans les *formes à début brusque* (fractures, luxations, hémorragies, affaissement vertébral subit, effraction de la paroi rachidienne par un abcès, un kyste, un anévrysme), la première période est naturellement supprimée et la paralysie s'installe d'emblée.

F. — PRONOSTIC.

Le pronostic dépend surtout de la cause de la compression et de l'état de la moelle. Il est relativement favorable si l'axe cérébro-spinal a conservé la continuité de ses éléments et s'il ne s'agit pas d'une lésion maligne comme le cancer ; les compressions dues à la syphilis, à la tuberculose¹, à des tumeurs

1. RAYMOND. — Leçons sur les maladies du système nerveux, 1896, p. 131.

bénignes, sont susceptibles de *guérison* à toute période de l'évolution morbide, alors même que la compression se serait prolongée des mois et des années (cas de Charcot et Michaud). Babinski et Grasset ont fait, nous l'avons vu, ressortir le pronostic bénin de certaines paralysies par compression médullaire, s'étant maintenues *flasques* pendant toute leur évolution.

La disparition des troubles morbides est, le plus souvent, progressive ; elle peut toutefois survenir brusquement, à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'une simple manœuvre de redressement du rachis ; la trépidation épileptoïde et l'exagération des réflexes survivent quelquefois à la guérison (Charcot).

La gravité du pronostic est donc fournie par la nature de la compression (cancer), la dégénérescence de la moelle, le siège de la compression (on voit quelquefois la *mort subite* survenir au moment de la compression brusque de la région cervicale), enfin l'existence de certaines *complications*, telles que les escarres. Celles-ci sont à la fois l'indice d'un état sérieux et la source de nombreux accidents.

Quand la *mort* survient, elle est généralement le fait de la cachexie, d'une cystite ou d'une pyélo-néphrite, d'une méningite spinale aiguë consécutive à de profondes escarres sacrées, d'une tuberculose pulmonaire ou d'une dégénérescence amyloïde des viscères.

G. — DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la compression médullaire comprend plusieurs éléments, tous indispensables à l'institution d'un traitement correct :

1° *Y a-t-il compression ?* — On se basera sur l'existence de douleurs pseudo-névralgiques, habituellement symétriques, d'une paraplégie incomplète accompagnée ou non d'anesthésie, d'une atrophie musculaire, d'une paralysie des sphincters, de troubles trophiques divers.

Les *névralgies* simples sont, en général, unilatérales ; elles

présentent des points douloureux ; elles ne sont accompagnées ni de troubles moteurs ni de douleurs rachidiennes spontanées ; les réflexes ne sont pas modifiés ; les sphincters sont intacts, les troubles trophiques peu accentués. — Dans les *polynévrites sensitives* (alcoolisme), l'anesthésie est plus marquée, la pression des masses musculaires est douloureuse, la paralysie prédomine au niveau des extenseurs (steppage), il y a intégrité des sphincters, la réaction de dégénérescence est constante, les antécédents et stigmates de l'éthylisme peuvent mettre sur la voie. — Le *tabes* a pour lui son incoordination motrice, ses paralysies oculaires et le signe d'Argyll-Robertson. — Au cours des *myélites diffuses*, les troubles sensitifs sont plus intenses, les eschares plus précoces, l'évolution plus rapide. — Le *pseudo-mal de Pott hystérique* se caractérise par un début subit, une anesthésie très marquée et par segments de membres, l'intégrité des sphincters, l'absence de troubles trophiques accentués, l'action inhibitoire de l'hypnose et des agents aësthésiogènes sur les accidents ; les stigmates hystériques complètent le diagnostic. — La *sclérose latérale amyotrophique* ne présente pas de troubles objectifs de la sensibilité ni de troubles sphinctériens ; l'atrophie ouvre la scène ; l'évolution est fatale et régulièrement progressive. — Dans la *sclérose en plaques avec paraplégie spasmodique*, le tremblement, la dysarthrie, les vertiges, le nystagmus, l'absence de troubles sensitifs, la paralysie spasmodique d'emblée, ne permettent pas d'erreur. — Enfin, dans la *syringomyélie*, la dissociation de la sensibilité est la règle ; les troubles trophiques (panaris, scoliose, arthropathies) sont, eschare mise à part, autrement fréquents que dans la compression de la moelle ; les troubles sphinctériens sont exceptionnels ; l'atrophie musculaire revêt le type Aran-Duchenne pur.

2° *Quelle en est la cause ?* — En dehors du *traumatisme*, qui s'affirme spontanément, on songera tout d'abord à la *tuberculose*, au *cancer*, à la *syphilis*. — La *tuberculose* du rachis s'observe généralement chez des sujets jeunes, à hérédité suspecte, de constitution chétive (pâleur, maigreur, éphélides)

et portant quelquefois les stigmates de localisations antérieures ; elle s'accompagne de douleur à la pression de la colonne, d'une sorte d'ankylose du rachis par contracture musculaire, d'une déviation vertébrale le plus souvent angulaire ; on recherchera l'existence d'adénopathies cervicales et de lésions thoraciques. — Le *cancer* a pour lui l'âge avancé du sujet, la teinte jaune paille des téguments, l'intensité des douleurs locales et périphériques, la courbure arrondie de la gibbosité, l'amointrissement de la taille, l'amaigrissement rapide, la *phlegmatia alba dolens*, l'existence d'une néoplasie maligne dans un autre viscère. — En faveur de la *syphilis*, en invoquera les commémoratifs du sujet, les stigmates de la diathèse, le caractère nocturne de la rachialgie (Charcot, Londe¹).

Tous les organes seront examinés avec soin ; nous venons de voir quel intérêt peuvent présenter ces investigations au point de vue du diagnostic de la tuberculose, du cancer et de la syphilis. La constatation d'un anévrysme de l'aorte ou d'un kyste hydatique occupant un organe quelconque pourra éclaircir le diagnostic de certaines paralysies. Quant aux autres tumeurs (sarcome, gliome, fibrome, myxome, etc.), elles ne peuvent faire l'objet d'un diagnostic spécial permettant de les différencier entre elles.

3° *A quel niveau siège-t-elle ?* — On tiendra compte, pour déterminer ce point, du siège précis de la douleur et de la déformation rachidienne s'il en existe, de la distribution des douleurs et des anesthésies périphériques, des troubles moteurs et sphinctériens. Nous avons indiqué les grandes lignes de ce diagnostic en étudiant les variétés cliniques de la compression médullaire en rapport avec le siège de la lésion. On se reportera, si on veut multiplier les espèces et réaliser une sémiologie plus fine, aux tableaux très détaillés contenus dans les Leçons déjà citées de Grasset et de Raymond.

4° *Quel est l'état de la moelle ?* — Cette partie du diagnostic est la plus difficile à résoudre. De Fleury², en une thèse

1. LONDE. — *Médecine moderne*, 26 mars 1893.

2. DE FLEURY. — *Thèse de Paris*, 1895, n° 32.

récente sur l'état de la moelle dans les traumatismes du rachis, conclut à une simple compression si toutes les fonctions de la moelle ne sont pas abolies à la fois et d'une manière permanente, et à une destruction si elles sont toutes abolies d'emblée et d'une façon persistante. — Bastian et Bowlby tiennent grand compte, dans le cas de traumatisme médullaire, de l'état des réflexes : il y aurait écrasement complet quand les réflexes disparaissent dès l'origine; au contraire, la persistance et l'exagération des réflexes témoigneraient d'une simple compression. Babinski a démontré l'erreur d'une théorie aussi absolue en établissant la possibilité d'une paralysie flasque prolongée et curable, indépendante par conséquent d'altérations profondes de l'axe médullaire. Les réflexes sont, d'ailleurs, soumis à de si nombreuses influences (diabète, neurasthénie, etc.) qu'on ne peut faire reposer sur leurs variations un diagnostic de cette importance. L'évolution clinique, les oscillations quelquefois rapides de certains symptômes, permettant de conclure à des variations dans le degré de la compression spinale, nous semblent seules susceptibles d'établir l'intégrité de la substance médullaire.

II

Traitement.

Les divers agents de compression que nous avons signalés à propos de l'étiologie ne doivent pas être traités d'après une méthode spéciale propre à chacun d'eux; aussi pouvons-nous simplifier leur classification, et diviser ce paragraphe en deux parties :

- 1° Affections non traumatiques;
- 2° Affections traumatiques.

A. — AFFECTIONS NON TRAUMATIQUES.

1° Tumeurs méningées et extra-méningées.

Nous ne nous occuperons pas des tumeurs de la moelle. Assurément elles compriment les éléments nerveux, mais elles

constituent des lésions intrinsèques de la moelle, et seuls les désordres à point de départ extrinsèque et à retentissement secondaire sur la moelle doivent nous arrêter. Les néoplasmes d'un organe ne sont pas considérés comme des agents de compression, mais comme des maladies de l'organe lui-même, et sont décrits avec elles. Nous ne pouvons pas considérer comme des agents de compression même ces tumeurs bénignes bien encapsulées qui semblent n'agir sur les tissus ambiants que par simple refoulement.

On a signalé des névromes, des fibromes, des myxomes des racines rachidiennes, nous les éliminerons aussi et pour la même raison. La compression est due le plus souvent à des tumeurs des méninges, celles-ci pouvant comprimer la moelle elle-même ou les racines qui en émanent. Quant aux tumeurs extraméningées occupant le tissu cellulaire extrarachidien (lipomes et kystes hydatiques dans presque tous les cas) elles sont justiciables du même traitement que les néoplasmes méningés. Ceux-ci se divisent en primitifs et secondaires. Il est évident que le traitement opératoire ne pourra pas être employé dans les cas de tumeurs secondaires. Trouverait-on un seul chirurgien considérant comme indiqué, de poursuivre dans les méninges des noyaux cancéreux chez un sujet porteur d'un cancer de la langue, du sein, du rectum, etc.? Seules les tumeurs primitives nous intéressent. Le plus souvent sarcomateuses, elles sont insérées sur la face interne de la dure-mère ou sur l'arachnoïde. En rapport avec les parties latérales ou antéro-latérales de la moelle, elles sont en outre, et c'est là le point capital au point de vue chirurgical, bien circonscrites et limitées par une sorte d'enveloppe qui facilite leur ablation, du moins pendant les premières périodes de leur développement. L'extirpation sera encore plus aisée, s'il s'agit d'un fibrome. Les fibromyxomes et les myxomes présentent beaucoup d'analogie avec les tumeurs précédentes. Le lipome, qui prend parfois naissance dans le tissu cellulaire graisseux périméningé, a souvent son point de départ dans la pie-mère ou le tissu sous-arachnoïdien. Ces tumeurs sont facilement