

de paralysie des membres inférieurs, troubles pupillaires, quelquefois troubles bulbares.

3° *Myélite aiguë bulbaire* : forme grave se traduisant par des symptômes en rapport avec l'atteinte des noyaux et tractus du bulbe ; Mirto¹ en a récemment rapporté un cas.

4° *Myélite aiguë hémilatérale*, surtout caractérisée par le syndrome de Brown-Séguard.

5° *Myélite aiguë centrale ou périépendymaire* : anesthésie dissociée ou portant sur toutes les sensibilités, paraplégie, troubles sphinctériens, atrophie musculaire rapide.

6° *Myélite aiguë périphérique ou corticale*² : prédominance des phénomènes spasmodiques ; absence de troubles sensitifs, trophiques et sphinctériens ; passage à l'état chronique.

B. — Le type le mieux étudié, sinon le plus commun, de *myélite aiguë envahissante* est la *paralysie ascendante aiguë* ou *maladie de Landry* (1859)³. Cette maladie qui survient fréquemment à la suite d'une infection (variole, fièvre typhoïde, grippe, blennorrhagie), ou d'une intoxication (alcool, plomb, arsenic), quelquefois primitivement⁴, et qui est cliniquement caractérisée par son début brusque et une extension rapidement progressive (de bas en haut) des phénomènes paralytiques, se traduit ordinairement par les symptômes suivants : une rachialgie à maximum variable ; une paralysie des membres inférieurs, bientôt suivie de la paralysie des muscles de l'abdomen, du tronc, des membres supérieurs. L'état général est mauvais, d'aspect typhoïde (bien que la fièvre puisse faire défaut), et la mort survient généralement au bout de quelques jours, amenée par des phénomènes bulbares (arrêt respiratoire) ; la guérison, toutefois, est possible.

En dehors des douleurs et de la paralysie, il n'existe pas de troubles constants dans les autres fonctions du système ner-

1. MIRTO. — *Revue des sciences médicales*, 1894, XLIII, pag. 140.

2. KUESTERMANN. — *Arch. f. Psych.*, 1895, XXXVI, 2, pag. 381.

3. Voy. MARGOLIS. — *Thèse de Montpellier*, juillet 1896. — BODIN. — *Thèse de Paris*, oct. 1896. — MARTINET. — *Thèse de Paris*, juillet 1897.

4. Voy. le cas récent de HIRTZ et LESNÉ. — *Presse médicale*, 12 juin 1897, pag. 269.

veux ; on ne constate ni troubles objectifs de la sensibilité (sauf quelques paresthésies¹) ni troubles trophiques ; l'excitabilité électrique et le fonctionnement des sphincters ne sont altérés que dans un certain nombre de cas ; les réflexes sont généralement abolis ; on a noté quelquefois des troubles visuels (Noyes, Knapp, Achard et Guinon).

Au point de vue anatomique, la maladie de Landry est encore très discutée. — Dans bien des cas (Landry, Westphal, Hayem, Stourne, Pellegrino-Levi, Ormerod, Albu²), on a constaté l'absence de toute lésion appréciable du système nerveux. — D'autres fois, et dans la plupart des cas (Reinhardt, Eisenlohr, Schulz, Schultze, Hoffmann, Cantanni, Immermann, Hlava, Klebs, Sinkler, Achard et Guinon³, Marie et Marinesco⁴, Ballet et Dutil⁵, etc.), il a été trouvé des lésions de *myélite diffuse* ; d'où la théorie de l'origine centrale de la maladie. — Fréquemment aussi il a été démontré la présence des *névrites radiculaires ou périphériques*, avec intégrité de la moelle (Eichhorst, Déjerine, Mme Déjerine-Klumpecke, Schultze, Pitres et Vaillard, Cantanni, Leyden, Prébythoff, etc.), ce qui a permis à de nombreux auteurs de proclamer l'origine périphérique de l'affection⁶. — Enfin une manière de voir éclectique a été soutenue par Jolly, Giuzetti, Oettinger et Marinesco, Raymond⁷, Bodin⁸, qui admettent l'existence d'un processus

1. ORMEROD. — *St-Barthel. Hosp. Rep.*, 1893, XXVIII, pag. 137 (*Revue des sciences médicales*, 1894, XLIV, pag. 334).

2. ALBU. — *Zeits. f. klin. Med.*, 1893, XXIII, 5 et 6.

3. ACHARD et GUINON. — *Loc. cit.*

4. OETTINGER et MARINESCO. — *Société médicale des hôpitaux*, 18 oct. 1895.

5. BALLEt et DUTIL. — *Ibid.*, 25 oct. 1895.

6. Voy. le récent travail de KREWER. — *Zeits. f. klin. Med.*, 1897, nos 1 et 2, pag. 115.

7. RAYMOND. — *Presse médicale*, 8 janv. 1896.

8. BODIN (*Thèse de Paris*, 1896) n'identifie pas, comme on a coutume de le faire, la paralysie de Landry à la paralysie ascendante aiguë ; la première ne serait qu'une des variétés de la seconde. — Il considère les paralysies ascendantes aiguës comme « un vaste complexus clinique, d'une étiologie et d'une symptomatologie très variables, allant depuis la paralysie de Landry jusqu'aux myélites diffuses aiguës, avec toutes les formes intermédiaires ; ce n'est pas une entité nosographique, c'est simplement un syndrome clinique ». Le système nerveux peut être pris tout entier, depuis le cerveau (BALLEt et DUTIL) jusqu'aux nerfs périphériques, en passant par la moelle dont les lésions sont souvent très accentuées ; suivant la forme de la maladie ou la nature du

anatomique variable, susceptible de débiter par la moelle, le bulbe ou les nerfs, et quelquefois de les frapper simultanément.

La cause du processus serait la plupart du temps une infection¹, et celle-ci agirait, d'après Klebs, sur la moelle en provoquant la formation de thromboses intramédullaires, quelquefois suivies d'hémorragies.

E. — PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC.

1° Le pronostic des myélites diffuses aiguës est habituellement fort grave, et la mort survient au bout d'un temps variable (de quelques jours à quelques mois, nous l'avons dit) à la suite d'accidents vésicaux (cystite purulente), d'une infection générale ou d'une broncho-pneumonie. — D'autres fois, la maladie passe à l'état chronique, laissant le sujet porteur d'infirmités définitives. Enfin le malade peut guérir, même dans des cas à évolution sévère; Powell², Behrend ont récemment rapporté, dans cet ordre d'idées, des observations intéressantes; Landouzy et Déjerine, Farines, Grasset³ ont insisté sur ces faits de myélopathie diffuse aiguë et curable.

2° On établira sans peine le diagnostic de la myélite diffuse aiguë et de certaines myélites systématisées qui peuvent offrir avec elle quelques analogies, comme la paralysie spinale infantile et la paralysie spinale aiguë de l'adulte. — Il sera souvent difficile, par contre, de la distinguer des polynévrites (pas d'escarres, ni de troubles sphinctériens anomalies constantes dans les réactions électriques, tendance rapide à la

poison générateur, la localisation prédominante se fait sur tel ou tel département; la moelle est le plus souvent atteinte.

Le même auteur distingue, dans l'étude des types anatomiques de la paralysie ascendante aiguë, des formes généralisées (hypéréémique, nécrosique), des formes localisées, prédominante sur tel ou tel département du système nerveux (cornes antérieures, racines antérieures, nerfs périphériques), et une forme à foyers disséminés.

1. Voy. OETTINGER et MARINESCO. — *Semaine médicale*, 30 janv. 1895, pag. 45.

2. POWELL. — *Lancet*, 14 janv. 1893.

3. GRASSET. — *Montpellier médical*, 1894, pag. 629; et *Clinique médicale*, t. II.

réparation) et de l'hystérie (début habituellement subit, absence de fièvre, commémoratifs, stigmates de la névrose).

Une fois le diagnostic nosologique posé, il faudra établir le diagnostic anatomique (siège et étendue de la lésion), le diagnostic du type clinique (d'après la marche de l'affection), enfin le diagnostic étiologique.

II

Traitement.

Nous étudierons la thérapeutique des myélites aiguës sous trois chefs, répondant à des indications distinctes:

1° *Traitement causal*;

2° *Traitement de la lésion*, c'est-à-dire de l'inflammation médullaire;

3° *Traitement symptomatique*.

A. — TRAITEMENT CAUSAL.

L'histoire étiologique des myélites aiguës nous a appris qu'elles étaient le plus souvent secondaires; il s'ensuit naturellement que, pendant tout le temps où la maladie première et la myélopathie évolueront côte à côte, il faudra s'occuper parallèlement de leur thérapeutique respective. On réalisera donc le traitement médico-chirurgical de la carie vertébrale ou des abcès rachidiens; on pratiquera l'ablation d'esquilles ou de néoplasmes; les altérations portant sur les voies urinaires, l'utérus, l'intestin, seront énergiquement combattues; les intoxications ou auto-intoxications seront supprimées dans la mesure du possible; les maladies infectieuses en cours d'évolution seront traitées par les moyens ordinaires (*quinine, naphtol, salol, benzo-naphtol*, médications symptomatiques).

Mais, si l'on peut éviter ainsi de nouvelles localisations ou même une extension des altérations médullaires, il est difficile d'attendre de pareilles interventions une action bien efficace