

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 infection<sup>1</sup>, 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; Powell<sup>2</sup>, Behrend ont récemment rapporté, dans cet ordre d'idées, des observations intéressantes; Landouzy et Déjerine, Farines, Grasset<sup>3</sup> 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

sur la lésion acquise, la myélite elle-même. L'infection de la moelle, une fois constituée, évolue, nous l'avons vu, pour son propre compte et s'émancipe entièrement de sa cause première. Aussi, lorsqu'il s'agit d'une myélite survenue, comme on le voit le plus souvent, à la suite d'une maladie générale zymotique et non durant son évolution, n'y a-t-il aucun avantage à traiter la maladie seconde, à la fois post-infectieuse et para-infectieuse, par les agents de la médication antiseptique. Quel que soit le germe incriminé, qu'il ait agi par lui-même ou par ses toxines, la lésion médullaire, altération banale survenue à l'occasion d'une cause plus ou moins spécifique, lui survivra, de même qu'une fracture survit au traumatisme originel.

La *syphilis* seule, en raison de la difficulté que l'on éprouve à distinguer cliniquement certaines de ses lésions spécifiques (gommes, artérite) des altérations para-syphilitiques, permettra quelquefois au sujet de tirer bénéfice d'un *traitement spécifique intensif* (frictions ou injections mercurielles, iodure de potassium progressivement porté à la dose de 6 grammes par jour<sup>1</sup>). — Il est même classique et rationnel, en cas de doute sur la nature d'une myélite, de commencer toujours par cette médication qui, seule parmi les traitements pathogéniques, peut amener une guérison complète et rapide. Voici, d'ailleurs, en quels termes bien affirmatifs l'un des éminents neuropathologistes contemporains propose cette ligne de conduite: « Si la myélite est grave, envahissante, menace la vie par son ascension, j'engage, tout en faisant de la révulsion sur la colonne, à instituer le grand traitement mixte, et cela malgré l'absence de tout stigmatisme syphilitique et de toute preuve de syphilis. »

1. Voy. les détails du mode d'intervention au chapitre du *TABES*.

Dans un cas de *STARCK*, cité plus haut, la guérison survient au bout de 3 mois, grâce à des injections bi-hebdomadaires au salicylate de mercure (0,01 centig.), associées à la médication iodurée et à la faradisation périphérique.

#### B. — TRAITEMENT DE L'INFLAMMATION MÉDULLAIRE.

Il faut ici distinguer deux périodes, justiciables d'une thérapeutique différente : la période d'augment, la période d'état ou de décroissance.

1° A la période d'augment, ce seront surtout les *antiphlogistiques* et les *révulsifs* que l'on devra mettre en usage.

Les premiers seront représentés par la *saignée* générale (moyen d'exception que l'on réserve aux sujets pléthoriques) et les *ventouses scarifiées* appliquées sur la région rachidienne, ces dernières étant d'utilisation plus courante. Les applications de *glace* ou d'*onguent napolitain belladonné* sur la colonne peuvent être également indiquées. — A l'intérieur, on administrera l'*ergot de seigle*, dont Hammond et Brown-Séguard ont préconisé les doses élevées, mais que l'on emploie aujourd'hui à faible dose (0<sup>gr</sup>,05 à 0<sup>gr</sup>,10 toutes les heures, associé ou non à 0<sup>gr</sup>,10 de bromhydrate de quinine) et sans que la durée de son administration excède quelques jours.

On trouve dans le formulaire du Manuel de médecine la prescription suivante, qui nous paraît mériter d'être reproduite :

℥ Extrait de belladone.....	2 centigr.
Ergotine.....	5 —
Poudre de cannelle.....	Q. S.
Pour 1 pilule (2 à 6 par jour).	

Comme révulsifs, on prescrira l'application réitérée sur les membres inférieurs de *cataplasmes sinapisés*, composés de 3 ou 4 parties de farine de lin pour une partie de farine de moutarde; ces cataplasmes, dont on variera le siège d'application, seront recouverts de coton et de taffetas gommé, pour prévenir un refroidissement trop rapide, et seront laissés en place trois ou quatre heures chaque fois. — Les *purgatifs* rentrent dans le même cadre de moyens. Frerichs préconise les *drastiques* (*séné, jalap, scammonée, eau-de-vie allemande*); on leur préfère généralement le *calomel*, que Grasset<sup>1</sup> admi-

1. GRASSET. — Consultations médicales, 3<sup>e</sup> éd., 1895.

nistre à la dose de 0<sup>sr</sup>,05 toutes les heures, jusqu'à production d'une forte selle.

2° Une fois la période d'augment terminée, on pourra faire usage des moyens dits *résolutifs*: *iodure de potassium* à l'intérieur (2 grammes par jour, indéfiniment); applications sur la région rachidienne de *pointes de feu* ou de *cautères volants*, après anesthésie préalable à l'éther en raison de l'hyperesthésie habituelle des téguments; applications de *teinture d'iode*, de *pommade stibiée* (Leyden), de *vésicatoires*. Ces derniers, qui sont d'utilisation banale, nous paraissent contre-indiqués, à moins qu'il ne s'agisse d'un composé sans cantharide, à cause de leur retentissement vésical, dans une maladie où la cystite n'attend qu'une occasion pour se montrer.

L'*électrisation* de la moelle et des troncs nerveux ne sera employée qu'avec beaucoup de prudence, sous forme de *courants continus*, sans dépasser 5 à 10 milliampères et en évitant de renverser le courant. La *faradisation* périphérique ne comporte ici, comme le *massage*, que de rares indications.

Pendant toute l'évolution d'une myélite aiguë, on recommandera au malade d'éviter tout effort et toute fatigue; on l'immobilisera au lit ou, de préférence, dans une gouttière de Bonnet; une propreté minutieuse sera de rigueur; enfin les *toniques* (bon régime, grand air, *quinquina*, *fer*, *arsenic*, *huile de foie de morue*, *glycéro-phosphates*) serviront d'utiles adjuvants au traitement proprement dit.

Plus tard, si la myélopathie passe à la chronicité, on substituera à la thérapeutique précédente le traitement des myélites chroniques; Ménard<sup>1</sup> a récemment insisté sur l'opportunité et les indications des eaux de *Lamalou* dans le traitement des paralysies post-infectieuses, d'origine médullaire ou périphérique.

#### C. — TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE.

Les principaux symptômes susceptibles de faire indication au cours d'une myélite aiguë sont : la douleur, la paralysie,

1. MÉNARD. — Thèse de Montpellier, juill. 1894.

l'atrophie musculaire, les troubles sphinctériens, les eschares.

La *douleur* sera tributaire de tous les analgésiques généraux et locaux énumérés à propos du tabes; *opium*, *morphine*, *antipyrine*, *acétanilide*, *salicylate de soude*, *bromures*, *chloral*; *pulvérisations d'éther*, de *chlorure de méthyle*, sur la région rachidienne. Strümpell préconise les bains tièdes de courte durée, qu'il répète tous les deux ou trois jours.

La *paraplégie* et l'*atrophie musculaire* ne font indication qu'une fois la période aiguë terminée; on leur oppose alors les courants continus, le massage, et les bains stimulants (salés ou sulfureux).

Les *troubles sphinctériens* exigent, tout d'abord, des soins de propreté constants et minutieux; on disposera sous le bassin du malade une alèze qui sera changée plusieurs fois par jour; les téguments seront lavés, plusieurs fois également dans la journée, à l'*eau boriquée* ou avec une solution de *pheno-salyl*. En cas de rétention d'urine, le cathétérisme sera pratiqué aussi aseptiquement que possible, et il y aura même avantage à laisser une sonde à demeure. S'il y a de la cystite, on fera des lavages antiseptiques de la cavité vésicale, et on administrera le *salol* à l'intérieur.

Les *escarres*, enfin, feront l'objet d'un traitement à la fois prophylactique et curatif. — L'asepsie rigoureuse de la région sacrée, les changements fréquents de décubitus, l'emploi de coussins à air ou à eau, pourront prévenir leur formation. — Une fois la nécrose effectuée, les bains tièdes généraux, de fréquents lavages antiseptiques (*sublimé*, *pheno-salyl*), suivis de pansements humides (compresse trempée dans des solutions antiseptiques et fréquemment renouvelées), d'applications graisseuses (pommades à l'*iodoforme* ou l'*iodol*) ou pulvérulentes (poudre de *Lucas-Championnière*), finiront quelquefois par avoir raison des plaies les plus étendues. Nous avons hérité récemment, au cours d'une suppléance dans le service de M. Grasset, d'un cas bien suggestif à ce point de vue : il s'agit d'une jeune fille de quinze ans qui, atteinte d'une méningo-myélite aiguë et fort grave, survenue à la suite d'une

fièvre typhoïde(?), a obtenu, grâce à ces divers moyens, la guérison complète d'une escarre trochantérienne d'abord, puis d'une escarre sacrée de 25 centimètres de hauteur sur 30 centimètres de largeur, ayant en profondeur atteint et disséqué le sacrum. Une notable amélioration des autres symptômes a coïncidé avec la cicatrisation de l'escarre, et actuellement la petite malade est entièrement guérie de sa myélite.

Certainement les faits de cet ordre sont exceptionnels; il faut cependant compter avec eux et ils nous forcent, de plus, à nous rappeler qu'en médecine, même dans les cas en apparence les plus sévères, le praticien doit toujours agir et ne jamais désespérer tant que, suivant l'expression d'Archaubault, le malade n'est pas « positivement mort ».

## CHAPITRE XXIV

### TRAITEMENT DES POLIOMYÉLITES

PAR

G. RAUZIER,

Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

#### Notions d'ensemble.

On donne le nom de *poliomyélite*, de *spodomyélite* ou de *téphromyélie* (Charcot) à l'altération systématisée de la substance grise médullaire.

Cette lésion ne porte qu'exceptionnellement sur la substance grise périépendymaire ou sur les cornes postérieures (*syringomyélie*); elle occupe le plus souvent les grandes cellules des cornes antérieures, d'où le nom de *poliomyélite antérieure*, ou de *poliomyélite* tout court, pour désigner la localisation habituelle.

Depuis quelques années, on a constaté et décrit, dans certaines maladies, une tendance à l'envahissement systématique et progressif de la substance grise dans la totalité des centres nerveux (moelle, bulbe, cerveau); suivant que la lésion commence par la moelle ou les centres supérieurs, on a affaire à la *poliomyéleucéphalite* ou à la *polioencéphalomyélite*.

La poliomyélite antérieure, la seule dont nous ayons à nous occuper, a pour traduction clinique l'*atrophie musculaire*; on sait, en effet, que les grandes cellules des cornes antérieures, essentiellement affectées dans cette myélite, président à la