

cette opinion une consécration anatomique en décrivant des cavités syringomyéliques dans la moelle d'un sujet atteint d'une maladie de Morvan typique. Par contre, des savants éminents, comme Hansen, rejettent cette assimilation¹.

E. — PRONOSTIC.

La durée de la syringomyélie est généralement longue; Charcot l'a vue dans un cas se prolonger trente-quatre ans, Déjerine quarante ans. D'après Cramer, la forme gliomateuse évoluerait en deux ou trois ans, la forme myélitique en trente ou quarante ans.

La mort survient d'ordinaire par le fait d'une maladie générale intercurrente (pneumonie, érysipèle, tuberculose), ou à la suite d'interventions chirurgicales auxquelles le syringomyélique n'oppose qu'une résistance très faible; d'autres fois, elle est causée par l'une des complications suivantes : phlegmon, eschare, cystite, pyélo-néphrite. La mort subite a été signalée.

F. — ÉTIOLOGIE.

La syringomyélie atteint plutôt les hommes que les femmes, dans la proportion des 2/3 ou des 3/4 des cas; elle frappe de préférence les sujets de quinze à vingt-cinq ans, mais peut aussi débiter tardivement; les professions manuelles y sont plus exposées.

L'hérédité névropathique paraît ne jouer aucun rôle; toutefois, dans quelques cas exceptionnels, la syringomyélie s'est présentée sous forme de maladie familiale : Verhoogen² a retrouvé les symptômes de l'affection chez deux sœurs et leur frère; Ferrarini³ a observé le syndrome chez trois enfants d'une même famille et chez leur mère.

1. Voy. sur ce point le récent travail de JEANSELME. — *Société médicale des hôpitaux*, 30 juill. 1897.

2. VERHOOGEN. — *Gazette médicale de Paris*, 24 juin 1893.

3. FERRARINI. — *Riforma medica*, 1894 (*Revue neurologique*, 15 fév. 1895, n° 3, p. 75).

L'influence du *traumatisme* a été invoquée par Cramer, Eulenburg¹, Spiller², Bawli³, Mies⁴, Huismans⁵; mais on peut se demander s'il s'agit bien là d'une cause déterminante et si le traumatisme ne se borne pas à révéler, dans quelques circonstances, l'affection jusqu'alors latente.

Le froid, l'humidité, le surmenage, la grossesse ont été incriminés. On a également accusé certaines *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, rhumatisme, pneumonie, fièvre intermittente, blennorrhagie); la syphilis a paru être en cause dans un cas de Desnos et Babinski.

La syringomyélie s'est trouvée quelquefois associée à la maladie de Basedow (Joffroy, Achard), à l'hystérie (Charcot, Souques, Guinon, Dutil, Oppenheim, Agostini), à la chorée (Hoffmann), à la neurasthénie, à la paralysie générale (Furstner et Zacher), à la pellagre (Vassale), à la pachyméningite cervicale (Rosenblath, Brissaud), à la maladie de Raynaud⁶.

Depuis quelques années, un éminent médecin de Constantinople, le docteur Zambaco, proclame et défend avec une énergique conviction l'identité nosologique de la syringomyélie et de la *lèpre anesthésique* : dans les deux cas, atrophie musculaire du type Aran-Duchenne, altérations de la sensibilité, troubles trophiques divers. La syringomyélie constituerait, d'après lui, une forme atténuée de la lèpre, transplantée loin de ses foyers d'origine et de culture. Syringomyélie et maladie de Morvan seraient des « *lèpres nostras*⁷ » et partageraient cette qualité avec la sclérodémie, l'aïnhum, la maladie de Raynaud.

Cette opinion, qui est fort discutée⁸ dans sa formule géné-

1. EULENBURG. — *Société de médecine interne de Berlin*, 29 avril 1895 et 18 mai 1896; — *Deut. med. Woch.*, 16 juillet, 1896.

2. SPILLER. — *Journ. of nerv. and ment. dis.*, juin 1896.

3. BAWLI. — *Thèse de Königsberg*, 1896.

4. MIES. — *Munch. med. Woch.*, 1896, n° 19, p. 452 (*Revue neurologique*, 15 juillet 1897, n° 13, p. 363).

5. HUISMANS. — *Deut. med. Woch.*, 18 février 1897.

6. NASSE. — *Berl. kl. Woch.*, 18 mai 1896, p. 448.

7. LARDEUX. — *Thèse de Paris*, fév. 1896.

8. Voy. le *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1892.

Tout récemment KRONDIAWSKY (*Thèse de Saint-Petersbourg*, 1896; *Revue neurologique*, 30 juin 1897, n° 12, p. 334), KALINDÉRO et MARINESCO (*Société médicale*

rale, paraît démontrée tout au moins pour un certain nombre de cas : Pitres et Sabrazès¹, Souza-Martin², Prus³, Pestana et Bettencourt⁴ ont en effet retrouvé la présence du bacille de Hansen dans le système nerveux de divers malades.

G. — DIAGNOSTIC.

Étant données les formes multiples de la syringomyélie, le diagnostic en devra être fait avec les espèces morbides les plus diverses, suivant la prédominance de tel ou tel parmi ses principaux symptômes :

Est-on surtout frappé par l'*atrophie musculaire*, il faudra la distinguer du *type Aran-Duchenne pur de l'atrophie myélopathique* (absence de troubles sensitifs et trophiques), — de la *sclérose latérale amyotrophique* (parésie spasmodique constante des membres supérieurs et inférieurs, avec exagération des réflexes et trépidation épileptoïde, fréquence des troubles bulbaires, intégrité de la sensibilité, rareté des troubles trophiques), — des *myopathies* (maladies familiales, début par la racine des membres, attitudes spéciales, absence de contractions fibrillaires, de troubles sensitifs, trophiques et bulbaires, fréquence des rétractions tendineuses), — de certaines *polynévrites* (prédominance d'une parésie affectant avec prédilection certains groupes musculaires, intensité et rapidité de l'atrophie, diminution ou abolition des réflexes, réaction de dégénérescence, absence de symptômes bulbaires, étiologie spéciale, curabilité). — La *pachyméningite cervicale hypertrophique*, soigneusement distinguée autrefois de la syringomyélie par les douleurs cervicales et cervico-brachiales qui

des Hôpitaux, 16 juillet 1897 et *Conférence internationale sur la lèpre*, 11-16 oct. 1897), JEANSELME (*Ibid.*, 30 juillet 1897, et *Presse médicale*, 13 et 16 oct. 1897), et SCHLESINGER (*Congrès international de Moscou*, août 1897), ont publié d'éloquents plaidoyers contre l'assimilation constante et absolue des deux espèces morbides.

1. PITRES ET SABRAZÈS. — *Académie de médecine*, 1892.
2. SOUZA-MARTIN. — *Revue neurologique*, 1894, n° 10, p. 307.
3. PRUS. — *Arch. f. Psych.*, 1895, XXVII, p. 771 (*Revue neurologique*, 15 mars 1896, p. 147).
4. PESTANA ET BETTENCOURT. — *Centr. f. Bakt.*, 1896, XIX, p. 698.

l'accompagnent et par l'attitude de la main des malades, semble aujourd'hui affecter avec elle, dans un certain nombre de cas tout au moins, les liens les plus étroits (Rosenblath, Brissaud, Pic et Regaud).

Si l'attention est surtout attirée du côté des *troubles sensitifs* (*dissociation syringomyélique*), on éliminera les *polynévrites*, — la *pachyméningite cervicale hypertrophique*, — la *lèpre anesthésique vulgaire* (étiologie exotique, anesthésie en îlots, macules rouges et blanchâtres sur la peau, atrophie et parésie des muscles de la face, chute complète ou partielle des poils et des ongles, absence de scoliose, nodosités cubitales, recherche du bacille), — et l'*hystérie*. Cette dernière peut revêtir le masque de la syringomyélie ou se superposer à celle-ci; on tiendra compte, pour établir son existence, des antécédents du sujet, de la brusquerie du début, de l'existence des stigmates hystériques.

Les *troubles trophiques* attireront l'attention sur la *sclérodémie* (masque spécial, peau scléromateuse, pas de troubles sensitifs, atrophie musculaire non systématisée), — la *lèpre anesthésique*, et les *polynévrites*, dont il a déjà été question, — l'*acromégalie* (hypertrophie du maxillaire inférieur et de toutes les extrémités, cyphose cervico-dorsale, céphalée, absence de troubles sensitifs et d'atrophie musculaire), — l'*ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique* (étiologie restreinte, absence d'atrophie musculaire localisée et de troubles sensitifs), etc.

Enfin, la prédominance des *symptômes spasmodiques* ou *tabétiques* nécessitera un diagnostic avec la *sclérose en plaques* (sensibilité normale, tremblement, dysarthrie, nystagmus, vertiges), — le *tabes* (troubles oculaires habituels, crises douloureuses viscérales, abolition du sens musculaire, dissociation sensitive généralement différente de celle de la syringomyélie, symptômes vésicaux)¹, — la *myélite transverse* et la *compression de la moelle* (troubles sphinctériens, rachialgie, absence des symptômes cardinaux de la syringomyélie), — l'*hématomyélie* (apparition brusque de la paraplégie initiale, atteinte rare des

1. LÉVI a, toutefois, publié un cas d'association tabéto-syringomyélique.