

tains cas, d'une lenteur et d'une mollesse remarquables; ailleurs, il devient dur et fréquent; ce dernier état se voit de préférence lorsque la mort est prochaine. Il en est de même de la température; ordinairement assez basse, elle s'élève notablement vers les derniers jours; du reste, ses oscillations sont encore mal connues. Dans tous les cas, les fonctions cérébrales sont absolument intactes, et le malade conserve toute sa connaissance, ce qui contraste péniblement avec la mort fonctionnelle de presque tous les organes.

2° SYMPTÔMES PROPRES AUX PLAIES DE CHAQUE RÉGION DE LA MOELLE. —

a. *Plaies de la moelle lombaire.* — Les lésions qui atteignent la région lombaire n'intéressent pas le plus ordinairement la moelle proprement dite, car au-dessous de la première vertèbre lombaire, qui correspond encore au renflement médullaire, la moelle se divise pour constituer la queue de cheval.

Lorsqu'un instrument vulnérant pénètre dans le canal rachidien au niveau de la queue de cheval, il est rare que tous les cordons nerveux qui la constituent soient également atteints; aussi voit-on, dans les observations, que presque jamais la paralysie n'était complète. Toutefois, bien qu'on puisse concevoir la possibilité théorique de ce fait, on n'a pas signalé encore l'existence d'une paralysie limitée exclusivement à un des membres inférieurs. La règle est, dans ce cas, que les deux membres sont pris simultanément, mais à des degrés différents, et il est fréquent d'observer, au bout de quelques jours, des signes d'amélioration notable se manifester de l'un des côtés, surtout dans les adducteurs et les extenseurs.

Les mêmes différences se remarquent dans la sphère de la sensibilité; presque toujours elle est conservée plus ou moins, soit dans un membre tout entier, soit dans un segment de membre, et, dans ce cas, les téguments du périnée, des organes génitaux, ainsi que de la partie interne et antérieure de la cuisse, échappent à l'anesthésie.

Ici encore, nous retrouvons la zone hyperesthétique, signalée par Brown-Séquard, au-dessus de la portion anesthésiée. Seulement, elle ne se présente pas sous la forme d'une douleur en ceinture, comme à la région dorsale. Suivant la hauteur de la région affectée, elle varie; dans une observation de Gariel (1), elle se faisait sentir d'une manière continue à la région hypogastrique; d'autres fois, elle siège à la partie inférieure des cuisses et au dedans des genoux, où elle détermine une sensation de constriction pénible (2).

Du côté des viscères, il n'est pas rare d'observer une paralysie incomplète de la vessie, caractérisée par de l'incontinence d'urine. Dans quelques observations d'Ollivier, cette paralysie paraissait limitée au col, le corps restant contractile. L'incontinence des matières fécales n'est pas

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, t. XI, p. 299.

(2) Brown-Séquard, *ob.* I et III, *Arch. phys.*, 1868.

ordinaire; il y a simplement de la paresse de l'intestin; on a signalé, dans certains cas, au moment de l'accident, des déjections involontaires.

D'autres fois, au contraire, la vessie et le rectum ne sont nullement altérés dans leurs fonctions; c'est ce qui eut lieu pour un soldat dont Huttin (1) a rapporté l'histoire, et qui, malgré une paraplégie complète due à une balle reçue au niveau des deux premières vertèbres lombaires, n'éprouva jamais d'accidents du côté de l'excrétion de l'urine et des matières fécales.

Les mouvements réflexes, dans le cas de lésions limitées de la queue de cheval, sont assez peu marqués; du reste, on manque à cet égard d'un nombre suffisant d'observations.

Lorsque la lésion porte sur le renflement lombaire et l'intéresse en totalité, les symptômes sont beaucoup plus accusés. Il y a une paraplégie complète des deux extrémités inférieures; impuissance absolue de mouvoir le pied, la jambe et la cuisse; insensibilité complète de toutes ces parties. L'anesthésie s'étend aux régions anale et périnéale, ainsi qu'aux muqueuses; le malade n'a point conscience du passage des matières, ni de la sonde. La paralysie vésicale avec rétention d'urine, est de règle; souvent elle est remplacée par de l'incontinence, soit qu'il y ait en même temps paralysie du col vésical, soit que le malade urine par regorgement, ce qui est plus fréquent. La percussion de l'hypogastre et le cathétérisme font aisément reconnaître ces différences.

Les mouvements réflexes, dans les solutions de continuité de la moelle lombaire, s'affectuent avec énergie.

Au milieu de tous ces désordres, le malade est ordinairement calme, poulx lent, la température normale. La respiration s'effectue d'une manière parfaitement régulière; les parois abdominales sont susceptibles de se contracter.

b. *Plaies de la moelle dorsale.* — L'existence de troubles respiratoires donne à ces lésions une physionomie toute spéciale et qui met tout de suite sur la voie de leur siège. Tandis que, pour les plaies de la moelle lombaire, la paralysie n'atteint jamais les parois abdominales, ici le thorax et l'abdomen sont frappés d'inertie. Toute la portion sous-ombilicale du corps est inerte et insensible aux excitants; les muscles abdominaux, flasques et sans consistance, se laissent passivement déprimer et distendre; l'intestin se météorise, et le ballonnement du ventre, sans causer de douleur au malade qui n'en a plus conscience, ajoute encore à la gêne de la respiration. Pour peu que la lésion siège à la partie supérieure de la région dorsale, vers la deuxième ou troisième vertèbre, ces signes apparaissent avec plus de netteté encore. Le thorax est presque complètement immobile; le soulèvement passif de l'abdomen à chaque inspiration est le seul indice de la conservation des mouvements respiratoires: les sterno-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4^e série, t. XXI, p. 536.

mastoïdiens, trapèzes et grands dentelés sont, avec le diaphragme, les agents de l'inspiration. Quant à l'expiration, elle se produit par la seule élasticité du poumon et des cartillages costaux : aucun mouvement d'expiration volontaire ne peut s'accomplir. Il en résulte que la toux et l'éternement se suppriment, et que des épanchements thoraciques peuvent se produire sans annoncer leur présence par aucun signe fonctionnel. C'est par la même raison que le vomissement est un phénomène rare : la nausée existe, mais les contractions abdominales manquent pour expulser le contenu de l'estomac. Le malade est tourmenté par des éructations involontaires et fréquentes.

Les troubles de la sensibilité ne sont pas moins caractéristiques. Il y a une anesthésie absolue depuis la plante des pieds jusqu'à l'épigastre : au-dessus, et à une hauteur qui varie suivant le point de la moelle lésée, la douleur en ceinture ne manque jamais, et indique, par le trajet du nerf qu'elle suit, le niveau exact de la solution de continuité du centre nerveux. Presque toujours il s'y joint, peu après l'accident, des douleurs rachidiennes, manifestations de la congestion inflammatoire qui manque rarement de se produire. Enfin, comme pour la région lombaire, le malade se plaint de sensations subjectives diverses, de froid, de chaleur, de fourmillements, de brûlures, etc.

Les troubles viscéraux sont d'autant plus marqués que la blessure siège plus haut. La rétention d'urine, déjà fréquente dans les plaies de la moelle lombaire, est ici constante, et les urines deviennent rapidement sédimenteuses et purulentes. L'hématurie a été observée, mais elle est rare. L'érection, symptôme à peu près inconnu dans les plaies de la région lombaire, commence à être fréquente quand la moelle dorsale est intéressée; mais elle est loin d'être la règle, comme pour la région cervicale. Les fonctions génitales sont constamment abolies.

Du côté de la digestion, des désordres du même ordre se produisent. Certains malades éprouvent des nausées, de l'inappétence, une sensation de pesanteur et d'oppression dès qu'ils prennent quelque nourriture. On s'est demandé si ces phénomènes dépendent d'une altération dans la sécrétion des sucs intestinaux, ou s'ils sont simplement produits par la suppression des mouvements péristaltiques des intestins. Bien que les expériences de Cl. Bernard et de Pincus puissent faire admettre un trouble sécrétoire, on n'est pas en droit d'affirmer qu'il en soit ainsi : la rareté de l'ictère montre que, au moins pour le foie, la sécrétion biliaire s'accomplit normalement, et d'ailleurs quelques malades conservent de l'appétit et des digestions faciles.

Les plaies de la moelle dorsale ont en général un grand retentissement sur la circulation générale et la température. Dans la plupart des observations, on a constaté un remarquable abaissement du pouls et de la chaleur, sauf vers les derniers moments. Bien que nous ne connaissions pas suffisamment l'influence qu'exercent les divers segments de la moelle sur la circulation, les expériences de Cyon montrent assez l'importance

des nerfs splanchniques, au point de vue de la tension du sang dans le système artériel, pour qu'on soit tenté d'attribuer à leur paralysie un rôle important dans la production de ce phénomène.

c. *Plaies de la moelle cervicale.* — Jusqu'ici les mouvements des membres supérieurs restaient libres et leur sensibilité intacte : avec les plaies de la région cervicale, qui intéressent, en tout ou en partie, le renflement brachial, on voit apparaître une paralysie plus ou moins absolue de ces organes. En même temps, tous les signes précédemment exposés s'exagèrent : la respiration, déjà si profondément troublée dans les plaies de la moelle dorsale, devient exclusivement claviculaire et diaphragmatique : les pectoraux et les grands dentelés sont paralysés à leur tour; les trapèzes et les sterno-mastoïdiens conservent seuls avec le diaphragme leur contractilité. L'anesthésie remonte jusqu'au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux, là où viennent aboutir les filets sus-claviculaires du plexus cervical. La douleur en ceinture existe encore, mais moins nettement marquée qu'à la région dorsale : elle se caractérise par une sensibilité douloureuse à la racine de l'épaule et à la partie inférieure de la nuque.

Les fonctions digestives et urinaires sont profondément troublées. La déglutition, jusque-là intacte, devient gênée et difficile : elle ne s'accomplit qu'au moyen de mouvements répétés du pharynx, et c'est là un des symptômes les plus pénibles pour le malade, car la sensibilité œsophagienne, dépendant du glosso-pharyngien, du pneumogastrique et du grand sympathique, persiste à peu près dans toute son intégrité.

Du côté des urines, la rétention est toujours absolue : et c'est dans des cas de lésion de la moelle cervicale qu'on a observé le plus souvent la diminution de la sécrétion urinaire.

Aux plaies de la région cervicale appartiennent spécialement deux symptômes caractéristiques : l'érection et les troubles oculo-pupillaires.

L'érection a depuis longtemps été signalée comme fréquente à la suite des lésions de la moelle cervicale. On sait qu'elle est presque constante chez les pendus, phénomène que l'on attribuait d'abord à une excitation exagérée du cervelet, mais qui est le résultat du tiraillement des fibres médullaires, bien que nous ignorions comment cette partie du centre nerveux entre en jeu dans ces circonstances. Ollivier, dans son ouvrage, est un des premiers qui aient signalé la fréquence de ce symptôme; depuis, il a été très-souvent observé, presque toujours dans des conditions très-analogues. L'érection est rarement absolue, c'est plutôt une turgescence du pénis qu'une rigidité complète : elle est tantôt persistante, et, dans quelques cas, elle a duré jusqu'à la mort; d'autres fois elle est intermittente, et se manifeste sous l'influence du cathétérisme et d'excitations passagères, probablement réflexes, puisque la sensation est abolie. Temporaire ou permanente, en effet, l'érection de ces paraplégiques n'est presque jamais accompagnée d'aucun sentiment de plaisir; elle est absolument inconsciente. Il est très-rare d'observer une véritable éjaculation, quoique

le cas ait été vu (1). Le fait de Schveing, qui raconte avoir éprouvé une sensation de craquement dans le cou, et « au même moment une excitation voluptueuse comme pendant le coït », est tout à fait exceptionnel et peut-être contestable.

Les troubles oculo-pupillaires à la suite de plaies de la région cervicale ont été longtemps méconnus, bien que Brodie, dès 1828, les eût signalés.

Dans un travail d'ensemble sur les troubles oculaires liés aux affections de la moelle, Ogle (2) attira plus particulièrement l'attention sur ce point, et Brown-Séguard acheva, par ses belles recherches, de donner l'interprétation exacte et minutieuse des désordres du grand sympathique, consécutifs aux lésions de la moelle cervicale. Ces désordres sont, en effet, assez fréquents, puisque H. Rendu, dans son mémoire déjà cité, a pu réunir dix-huit cas où des symptômes oculaires ont été observés à la suite de blessures de la moelle. Il est même probable que les exemples se multiplieront à mesure qu'on les recherchera avec plus de soin.

La constatation de ces signes présente un haut intérêt physiologique, en ce qu'ils viennent apporter la confirmation de la clinique aux expériences célèbres de Cl. Bernard sur le sympathique, et de Budge sur le centre cilio-spinal.

Rappelons en quelques mots que la section du grand sympathique ou l'hémisection de la moelle cervicale entraînent : 1° le resserrement de l'ouverture palpébrale; 2° la contraction de la pupille correspondante; 3° l'augmentation de vascularité de la moitié de la face et l'élévation de la température du même côté; 4° la production de sueurs profuses.

Les faits pathologiques montrent que la pupille peut se présenter dans deux états bien distincts, lorsqu'il existe une blessure de la moelle cervicale : tantôt elle est contractée, au point d'atteindre à peine le volume d'une tête d'épingle; tantôt elle est dilatée, et cette dilatation est quelquefois aussi considérable que celle qui est déterminée par la belladone; dans l'un et l'autre cas, la vision peut néanmoins se faire avec netteté.

Les exemples de contraction de la pupille à la suite de lésions traumatiques de la moelle, sont déjà assez nombreux. Sur les dix-huit cas de troubles oculo-pupillaires recueillis par Rendu, la contraction de la pupille a été observée quatorze fois. Il s'agissait de lésions intéressant les cinquième, sixième et septième vertèbres cervicales ou la première dorsale, ce qui confirme d'une façon remarquable la théorie de Budge, relativement au siège du centre cilio-spinal, qu'il place, comme on sait, dans une région de la moelle comprise entre la quatrième vertèbre cervicale et la troisième dorsale. Une seule observation, due à Brown-

(1) Joly, *Gaz. médic.*, 1836; Lewis, *The Lancet*, 1857, p. 46. — Voy. aussi Laugier, thèse, p. 82.

(2) *Médico-chirurg. Transactions*, 1858, vol. XLI, p. 398.

Séguard, fait exception, en ce que les symptômes oculaires coïncident avec les signes d'une altération du renflement cervical de la moelle.

Avec le resserrement de la pupille coïncident la vascularisation abondante du côté de la face, la rougeur des téguments et l'augmentation de la température. Enfin, on a quelquefois constaté des sueurs abondantes, une injection de la conjonctive et un rétrécissement de la paupière.

La dilatation des pupilles a été plus rarement signalée que leur constriction, à la suite des traumatismes de la moelle cervicale. Rendu n'en a recueilli que trois observations, et rapporte une quatrième qui lui est personnelle. Il existait, dans ces cas, une pâleur remarquable du visage.

Lorsque la dilatation pupillaire apparaît, il faut admettre qu'il se produit une excitation de la moelle et du grand sympathique, qui entraîne la contraction du muscle dilatateur de l'iris. Ce qui prouve la réalité de ce mécanisme, c'est la contraction qu'on a parfois vue succéder à la dilatation de la pupille, à la suite de la compression prolongée du sympathique cervical par une tumeur (Ogle, obs. 20).

Il existe très-probablement une corrélation intime entre ces troubles de l'innervation sympathique et les variations que l'on constate dans la circulation générale, à la suite de blessures de la moelle cervicale; mais dans l'état actuel de nos connaissances, nous n'avons pas encore en main tous les éléments du problème. On observe souvent, en effet, dans les plaies de la moelle cervicale à la partie supérieure, un ralentissement considérable du pouls, qui est faible et concentré, en même temps que la température générale s'abaisse. La respiration est tantôt précipitée, tantôt fort lente, bien que les conditions du traumatisme soient les mêmes en apparence. D'après Mollendorf, qui a récemment étudié ces phénomènes, le ralentissement du pouls dépendrait de l'irritation de la moelle allongée et des nerfs vagues : la première agissant sur les vaso-moteurs périphériques, les seconds sur l'innervation cardiaque. Quand la lésion intéresse la partie inférieure du cou, les observations indiquent au contraire en général une accélération du pouls, qui est plein et dur. Cet état tient-il à l'excitation du nerf accélérateur de Cyon, qui se trouve à peu près à ce niveau? C'est ce que l'on ne peut dire jusqu'à présent.

Jusqu'ici les symptômes que nous avons passés en revue supposent l'existence d'une respiration diaphragmatique, c'est-à-dire l'intégrité du nerf phrénique. Lorsque celui-ci se trouve lésé, ce qui n'a lieu que quand la blessure atteint la deuxième ou troisième vertèbre cervicale, la mort survient tellement vite, qu'elle laisse place à peine à l'observation des symptômes. Le malade périt alors étouffé, et souvent si vite, qu'il faut faire intervenir dans le mécanisme de la mort autre chose qu'une asphyxie simple. On peut supposer vraisemblablement que dans ce cas la commotion du bulbe est pour beaucoup dans la rapidité de la termi-

naïson fatale. Dans les circonstances les plus ordinaires, la solution de continuité de la moelle n'est pas absolue, et il y a seulement compression ou contusion de l'organe : on voit alors les muscles du cou se contracter convulsivement pour faire pénétrer l'air dans le thorax immobile : les épaules, soulevées par l'action des trapèzes, se rapprochent de l'occiput, en sorte que la tête à chaque inspiration semble rentrer dans leur intervalle. Les narines, la bouche, la glotte, se dilatent en vain ; au milieu d'une inexprimable anxiété, l'asphyxie gagne, et bientôt, à la suite de l'épuisement produit par ces efforts désordonnés, le coma et la mort ne tardent pas à arriver.

Enfin, si la blessure atteint la moelle au voisinage du trou occipital, la mort est immédiate et foudroyante. Sans parler de l'enfant dont J. L. Petit raconte l'histoire, et qui mourut subitement au moment où on le soulevait par la tête, il est assez fréquent de voir cette terminaison se produire dans le mal sous-occipital, et trop souvent aussi on a accompli des infanticides au moyen de l'introduction d'une épingle entre l'Atlas et l'occipital. Dans ces cas, il y a tantôt dilacération et rupture complète de la moelle, tantôt déplacement de l'apophyse odontoïde, toujours commotion du bulbe et suppression subite des fonctions du centre respiratoire, bien que la lésion ne l'atteigne pas directement.

Nous avons fait abstraction jusqu'à présent des cas où la blessure de la moelle est incomplète, supposant toujours que l'agent vulnérant, agissant sur un point quelconque de l'organe, intéresse toute son épaisseur. C'est ici le lieu de dire quelques mots des blessures incomplètes de la moelle.

Lorsque, chez les animaux, on pratique une hémisection de la moelle, après les premiers instants de trouble, les résultats apparaissent nettement. Il n'en est pas de même chez l'homme. Jamais une plaie de la moelle ne se produit sans un ébranlement considérable de la totalité du cordon nerveux et même de son enveloppe osseuse ; aussi, voit-on presque invariablement se manifester les symptômes d'une paraplégie bilatérale plus marquée ordinairement d'un côté. Mais la marche des phénomènes fait bientôt reconnaître qu'on a affaire à une lésion limitée.

D'un côté du corps, il y a paralysie complète des mouvements volontaires, mais la sensibilité est intacte ; souvent même il y a une hyperesthésie marquée, qui peut être passagère ou persister très-longtemps. Si l'on se reporte aux expériences de Brown-Séguard, on doit en conclure que là est le côté de la lésion. Dans le membre opposé, au contraire, il existe une anesthésie plus ou moins absolue de toutes les sensibilités, mais il est rare qu'elles soient abolies au même degré. La sensibilité tactile et la sensibilité thermique suivent en général les mêmes variations et éprouvent des modifications parallèles ; mais il n'en est pas de même des sensibilités au chatouillement et à la douleur, qui forment un groupe distinct. Quant au sens musculaire, c'est-à-dire à la conscience qu'a le malade de la position de son membre, il ne suit pas le trajet des impressions sensibles, et

ne s'entrecroise pas comme elles ; lorsqu'il est affaibli, c'est toujours du côté où est aboli le mouvement volontaire.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — Quels que soient le point de la moelle lésé et l'étendue de la lésion, la paraplégie qui en résulte constitue ce que l'on peut appeler l'accident primitif : mais au bout de quelques jours, parfois beaucoup plus vite, il se produit un travail de réaction qui doit conduire, soit à la guérison, soit à la destruction du tissu médullaire.

Bien que l'on n'ait eu que rarement l'occasion de vérifier ce qui se passe alors, il est presque certain que, consécutivement au traumatisme, il se produit une congestion intense qui ne tarde pas à prendre le caractère inflammatoire. Des signes d'excitation de la moelle, tels que : fourmillements, crampes, sensations de chaleur, de brûlure, douleurs lancinantes, fièvre, sont l'indice clinique de la réaction qui s'opère. Lorsqu'il se déclare en même temps des convulsions plus ou moins violentes, on est en droit de supposer que les méninges participent à la phlegmasie. Le plus souvent cette période dure peu, et au bout de quelques jours, il se manifeste une rémission de tous les symptômes, rémission de mauvais augure, car elle annonce que la moelle, envahie par l'inflammation, a subi un travail de désorganisation.

Dans les circonstances ordinaires, la myélite est donc la complication habituelle des plaies de la moelle, et la paraplégie devient définitive. Cet état n'est pas par lui-même fatalement mortel ; le paraplégique est plutôt un infirme qu'un malade ; mais le péril provient des lésions secondaires.

La rétention d'urine est l'un de ces dangers. Stagnant continuellement dans la vessie, elle prend rapidement une odeur ammoniacale et devient irritante pour la muqueuse. Il en résulte forcément une cystite chronique qui tend toujours vers la purulence, en même temps qu'elle ouvre la porte à la résorption urémique et à l'empoisonnement urémique. S'il se joint à la rétention de l'incontinence, de nouveaux inconvénients surgissent. Le contact continu de l'urine sur la peau l'irrite et amène des excoriations, des érythèmes de mauvaise nature, qui peuvent devenir le point de départ d'érysipèles graves.

Le mauvais état de la digestion chez le malade, une faiblesse toujours croissante, enfin la persistance du décubitus dorsal, jointe à l'incomplète nutrition de la peau dans les parties paralysées, entraînent presque inévitablement des eschares au sacrum, qui finissent par emporter le malade. Quelquefois une phlébite ultime vient accélérer la terminaison fatale.

Dans les solutions de continuité qui siègent à la partie supérieure de la région dorsale ou à la région cervicale, tous ces désordres n'ont pas le temps de se produire, et la mort a lieu le plus souvent dans un délai très-court par suite de l'asphyxie.

Mais si cette terminaison est presque la règle, elle n'est heureusement pas inévitable. De nombreux exemples prouvent que la guérison peut

avoir lieu, même dans les cas en apparence les plus désespérés, même dans une plaie par arme à feu de la région cervicale. Mais pour cela il faut que la lésion n'intéresse qu'une partie de la moelle.

L'ordre dans lequel reparaissent les diverses fonctions est le suivant. Les mouvements réflexes disparaissent d'abord en même temps que la sensibilité revient graduellement dans les extrémités du membre anesthésié; la vessie et le rectum cessent d'être paralysés. Bientôt, des mouvements volontaires se manifestent dans les orteils, puis dans les jambes; il est très-rare qu'ils se montrent d'abord vers la racine du membre.

Toutefois, si le retour de la sensibilité précède habituellement celui de la motilité, il y a de nombreuses exceptions; c'est ainsi que, dans l'observation de Vigùès, citée par Brown-Séguard, le mouvement était complet quand la sensibilité restait encore très-obtuse. D'autres fois, la vessie et le rectum restent longtemps paresseux, et la sensibilité thermique ne revient pas aussi complètement que les autres. On a observé parfois la persistance d'une constriction abdominale, remplaçant la douleur en ceinture.

Le temps que mettent les diverses fonctions à se rétablir après une blessure de la moelle est très-variable; on peut dire en général qu'il est toujours long. Rarement les malades ont été guéris avant six mois; le plus souvent, un an, et même davantage, et, dans bien des cas, le rétablissement est loin d'être complet. Au bout de vingt-quatre ans, un paraplégique, examiné par Brown-Séguard, présentait une anesthésie prononcée de toutes les sensibilités à gauche, et un affaiblissement notable de la motilité et du sens musculaire à droite. De ce côté existait aussi une hyperesthésie manifeste. Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre qu'à part des désordres de la sensibilité et du mouvement, l'existence d'une hémisection de la moelle est parfaitement compatible avec la santé, car cet homme avait soixante ans passés, et il n'était nullement malade.

Toutefois, lorsque la lésion persiste aussi longtemps, il est de règle d'observer des troubles dans la nutrition générale. C'est surtout du côté paralysé qu'on les rencontre. Le membre correspondant finit par s'atrophier, et il s'y manifeste parfois une élévation de température persistante. Cette atrophie tient-elle à une lésion des centres trophiques des nerfs; ou est-elle le fait de l'immobilité prolongée du membre? On serait tenté de croire à cette dernière cause, en lisant certaines observations où cette atrophie disparut quand la guérison devint complète.

Mais, quel que soit le temps que les malades mettent à guérir, le retour des fonctions commence toujours de bonne heure. Dans presque toutes les observations, au bout de quinze jours, il y a déjà des signes manifestes de sensibilité et de mouvement; jamais ils n'apparaissent après un mois écoulé. Il est facile de comprendre l'importance de cette remarque au point de vue du pronostic. Lorsqu'au bout d'un mois ou de six semaines, aucun changement ne s'est manifesté dans l'état du malade, il

n'y a plus à compter sur la guérison; la moelle est à cette époque désorganisée, et le mal est irréparable.

Nous ne terminerons pas l'exposé des phénomènes consécutifs aux lésions traumatiques de la moelle sans signaler l'amblyopie amaurotique qui succède quelquefois, à une époque plus ou moins éloignée, aux blessures de cet organe. Cette amblyopie a été bien étudiée par Wharton Jones qui la considère comme le résultat d'un trouble dans la circulation et la nutrition du nerf optique et de la rétine, trouble causé par la lésion du grand sympathique ou plutôt du centre médullaire, d'où ce nerf tire, comme on le sait, son influence sur la circulation et la nutrition de l'œil.

Dans un récent mémoire, Clifford Allbutt (1) a de nouveau attiré l'attention sur le même sujet, en cherchant à déterminer la nature et la cause de l'amblyopie spinale. Chez les sujets observés par lui, il a constaté une altération du fond de l'œil, consistant dans une hyperémie spéciale caractérisée par l'augmentation considérable de volume des veines rétiniennes, qui deviennent en même temps tortueuses, tandis que les artères, loin de participer à cette hyperémie, sont difficiles à distinguer. Il résulte de cette altération que la papille devient uniformément rouge et n'a plus de limites précises.

Quant à la cause de cette altération, Clifford Allbutt combat l'explication proposée par Wharton Jones, et fait remarquer, avec juste raison, que si la lésion du sympathique était réellement la cause des altérations du fond de l'œil, on devrait observer en même temps, du côté de la pupille, de la conjonctive et des paupières, et même du côté de la face et de l'oreille, des troubles spéciaux qui précisément manquent dans les cas d'amblyopie dont il s'agit. Se fondant sur la coexistence fréquemment constatée de l'hyperémie du fond de l'œil avec la méningite de la base de l'encéphale, Clifford Allbutt pense que, toutes les fois que la même altération se montre consécutivement aux lésions traumatiques de la moelle, on doit l'attribuer à une méningite ascendante se propageant à la base de l'encéphale. Cette opinion, qui demande cependant à être contrôlée par l'examen cadavérique, s'appuie sur l'observation suivante, faite par l'auteur, que plus la lésion de la moelle occupe un point élevé, plus vite apparaît l'amblyopie.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic d'une lésion de la moelle est le plus ordinairement évident; l'existence de la paralysie du mouvement et de la sensibilité dans toute la moitié inférieure du corps ne peut laisser de doute à cet égard. Il n'est guère plus difficile d'en déterminer le siège; il se déduit des considérations anatomiques sur l'émergence des nerfs rachidiens, et nous avons insisté longuement sur les signes cliniques des blessures médullaires aux différentes hauteurs.

Mais il n'en est plus de même du diagnostic anatomique. Si l'on veut déterminer la nature de la lésion de la moelle et sa profondeur, les indi-

(1) *On the Ophthalmic Signs of Spinal Diseases* (The Lancet, 15 janvier 1870).