

cas légers : l'hyperesthésie, la contracture, l'exagération des réflexes, la rétention urinaire et fécale. Les *cas sévères* se traduisent par la paralysie, l'exagération des réflexes, la rétention urinaire et fécale, la dissociation syringomyélique, accidents aboutissant souvent à la mort. Le diagnostic est difficile; la lésion peut être le point de départ d'une myélopathie organique.

VI. — COMPRESSION DE LA MOELLE

Compression brusque. — Les principaux facteurs de compression médullaire sont : les fractures, les luxations des vertèbres; les hémorragies intra-rachidiennes. Les symptômes varient suivant le siège et l'intensité de la compression, suivant qu'elle porte sur la moelle seule, les racines seules, ou sur l'une et les autres. La compression radiculaire isolée (au niveau de la queue de cheval surtout) est rare; la compression de la moelle seule (à la région cervicale surtout), est très rare. La compression simultanée est la plus commune, se traduisant alors par des symptômes médullaires et radiculaires. L'étendue des troubles moteurs et sensitifs, la topographie des troubles sensitifs (à distribution radiculaire), renseignent sur le siège de la compression.

Lésion de la moelle. — Elle détermine au-dessous d'elle une paralysie motrice qui frappe les quatre membres quand la moelle cervicale est atteinte. A la *section* ou au *broiement total* succèdent une paralysie flasque avec abolition des réflexes, l'anesthésie complète et l'analgésie de la zone sous-jacente, quelquefois une hyperesthésie sur les confins de la zone insensible. La *compression simple* provoque : l'exagération des réflexes, le clonus du pied, la contracture; des douleurs lancinantes ou excruciantes, des paresthésies associées à une sensibilité plus rarement abolie qu'émoussée, dissociée ou retardée. Variables, les *troubles sphinctériens* consistent d'abord en rétention d'urine ou même en anurie transitoire, puis en incontinence par regorgement; l'albuminurie et la glycosurie ont été notées; la tendance des urines à s'alcaliniser favorise les fermentations et l'infection. La *constipation* est rebelle. Les *réflexes tendineux*, toujours abolis quand la section est complète, commenceraient aussi par l'être (shock) dans les cas de simple compression, pour s'exagérer ensuite (dégénérescence du faisceau pyramidal) et quelquefois finalement disparaître de nouveau (névrites). Les *réflexes cutanés* sont tantôt abolis, tantôt conservés. Les *troubles trophiques* sont variés : œdème des membres paralysés, eczéma, herpès, *escarres* (sacrum, malléoles, talons, trochanters) parfois aiguës (*decubitus acutus*), *atrophies musculaires* (simples), *arthropathies* (forme synoviale ou osseuse). Le tableau clinique dépend du siège de la lésion; on peut observer la dissociation syringomyélique et, en certains cas, le syndrome de Brown-Séquard.

Accidents tardifs; myélopathies post-traumatiques. — Les accidents nerveux peuvent n'éclater que 2 à 5 mois après une fracture du rachis, sous forme : de *douleurs*, fourmillements, crampes, réflexes exagérés;

de *paralysies* des membres inférieurs ou supérieurs habituellement flasques, accompagnées parfois de contracture; d'*anesthésies* pouvant alterner avec des hyperesthésies; de *troubles trophiques* variés : œdèmes, escarres, atrophie musculaire, etc.; et de modifications variables des réflexes. La *rétention d'urine* est habituelle; on note souvent l'impuissance, l'infection urinaire ascendante et la lithiase vésicale.

Sur un terrain prédisposé, les lésions de commotion ou de compression peuvent servir d'amorce au développement d'une affection organique telle que tubercule, syphilome, tumeur, abcès, méningite, tabes, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie, ou atrophie musculaire progressive; cela parfois à longue échéance (1 à 19 ans).

Compression lente. — Ses signes se divisent en *extrinsèques* ou dus à la compression des racines postérieures, et *intrinsèques*, dus à la compression de la moelle elle-même.

Signes extrinsèques. — Les plus précoces, ils consistent en *pseudo-névralgies* uni ou bilatérales, intenses (douleurs pongitives, lancinantes, térébrantes), continues, sujettes à des paroxysmes nocturnes atroces, ne suivant pas toujours le trajet des nerfs (irritation douloureuse des méninges), à siège quelquefois articulaire; accompagnées de *troubles trophiques* (éruptions, escarres), d'*anesthésie* à distribution radiculaire. Les pseudo-névralgies peuvent durer des mois et des années, se compliquer de parésies, d'atrophie musculaire (*paraplégie douloureuse des cancéreux*). En général l'apparition des paralysies est suivie de l'apaisement des douleurs.

Signes intrinsèques. — Toutes les régions tirant leur innervation motrice du segment médullaire sous-jacent à la lésion, sont peu à peu envahies par la paralysie, de la périphérie au centre; les membres inférieurs sont atteints plus souvent que les supérieurs (compression cervicale); il y a rétention ou incontinence des urines et des matières. Quelquefois flasque, la paralysie est plutôt spasmodique; l'extension des membres inférieurs tantôt permet encore la marche sur les pointes, grâce à un déhanchement spécial (*démarche des gallinacés*), tantôt condamne le malade au lit. D'abord affaiblis, les réflexes ne tardent pas à s'exagérer et finissent par disparaître. Une *interruption complète de la moelle cervico-dorsale* provoque une paraplégie flasque et une anesthésie complète définitives, avec abolition des réflexes. Rarement, la paraplégie flasque répond à une lésion incomplète, mais alors la sensibilité persiste. Habituellement, une *lésion incomplète* se traduit par une paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes.

La *sensibilité objective* peut subsister; les troubles sensitifs ne se montrent du reste qu'après les troubles moteurs. La sensibilité peut être retardée, émoussée ou abolie (si la partie centrale de la moelle est détruite); l'anesthésie gagne de la périphérie à la racine des membres, éteignant peu à peu les sensibilités tactile, thermique, douloureuse, souvent malgré la persistance des pseudo-névralgies (*anesthésie douloureuse*); la dissociation syringomyélique s'observe également.

Les *troubles trophiques* consistent en escarres, précoces ou tardives, sur

les points de pression, en atrophie musculaire (par névrite ou polio-myélite antérieure) et en arthropathies.

Les *troubles vaso-moteurs*: rougeur, chaleur, pâleur, œdème, cyanose; les *troubles sphinctériens* sont communs.

Signes propres à chaque segment médullaire. — **Compression de la moelle cervicale supérieure.** — La lésion des trois premières vertèbres cervicales et la compression des quatre premières paires cervicales entraînent les accidents suivants :

Les *pseudo-névralgies*, accompagnées d'hypo-esthésie ou d'anesthésie, de douleur phrénique ou de torticolis douloureux, occupent la nuque, le cou et les épaules; parfois aussi les mouvements de la tête sont abolis et les muscles du cou plus ou moins atrophiés.

La *paralysie* frappe les quatre membres, souvent plus marquée aux membres supérieurs qui sont contracturés en adduction et flexion (flexion forcée des doigts dans la paume); elle peut se réduire à une parésie avec exagération des réflexes et trépidation épileptoïde. Les *troubles sensitifs* et *sphinctériens* sont inconstants. Sont propres à la compression cervicale supérieure : le *ralentissement du pouls* et les attaques syncopales (1^{re} racine cervicale); la *paralysie du phrénique* (hoquet, paralysie du diaphragme.)

Compression de la moelle cervicale inférieure. — La compression porte sur le renflement cervical, les V^e, VI^e, VII^e et VIII^e paires cervicales et 1^{re} dorsale. La *paralysie* débute quelquefois par les membres inférieurs, et les *pseudo-névralgies* par les bras. La motilité est ensuite abolie progressivement dans les quatre membres et le cou (comme plus haut). Quand la moelle est détruite, la paralysie est flasque, les réflexes sont abolis, l'anesthésie est absolue, les sphincters sont pris. L'*atrophie musculaire* est toujours plus ou moins marquée sur les membres supérieurs, occupant soit le groupe de Duchenne-Erb (compression des V^e, VI^e et VII^e racines cervicales), soit les petits muscles de la main (compression de la VIII^e racine cervicale). La paralysie du *centre ciliospinal* (1^{re} racine dorsale) se traduit par le myosis et le rétrécissement de la fente palpébrale.

La *paralysie radiculaire totale du plexus cervical* est exceptionnelle. Une compression antérieure respecte la sensibilité; une compression postérieure frappe le tronc et les membres d'une *anesthésie* plus ou moins intense et étendue.

Compression de la moelle dorsale. — Elle détermine des *douleurs* du tronc *en ceinture* ou *en étai* et une *anesthésie* dont la limite supérieure permet de préciser le point comprimé.

La *paralysie* intéresse les membres inférieurs et les muscles du tronc au-dessous de la lésion; elle s'accompagne : d'exagération des réflexes; du clonus du pied et de la rotule; du signe de Babinski; de rétention ou d'incontinence d'urine. L'*anesthésie* est incomplète, parfois dissociée.

Une *compression destructive* provoque une *paralysie flasque* avec perte des réflexes, *anesthésie* et troubles sphinctériens.

La *compression simple* entraîne l'*exaltation des réflexes* (quelquefois

même aux membres supérieurs) et une *contracture*, en certains cas variable (extension la nuit et flexion le jour).

Compression de la moelle dorso-lombaire et du renflement dorso-lombaire. — Précoces, les *douleurs* occupent les reins et l'abdomen, mais surtout les nerfs sciatiques et cruraux.

La *paralysie*, flasque si la lésion est destructive ou atteint les centres réflexes, est, autrement, spasmodique avec exagération des réflexes. Le réflexe crémasterien est pourtant aboli. On constate soit l'incontinence vraie (lésion destructive), soit l'incontinence par regorgement après rétention (compression simple). L'*atrophie musculaire* est tantôt insignifiante (compression légère), tantôt marquée (compression profonde). Des *escarres* peuvent survenir aux points de pression. L'*anesthésie* peut s'observer à la phase d'état; sa limite supérieure indique le siège de la lésion (en tenant compte de l'obliquité des racines dorsales).

Compression de la moelle sacrée (V^e lombaire, I^{re}, II^e sacrées). — Les *douleurs* siègent surtout dans les nerfs sciatiques; l'*anesthésie* occupe les fesses, et la zone postéro-externe des cuisses, des jambes et des pieds.

La *paralysie* frappe les fessiers, les muscles postérieurs de la cuisse, les muscles de la jambe et du pied. Elle reste longtemps simple, mais se complique finalement d'amyotrophie par lésion des racines antérieures et des cellules des cornes antérieures; il en résulte, suivant les muscles atteints, des déformations variables : *pied bot varus équien*, quand le groupe antéro-externe est atrophié et le jambier antérieur intact; *pied valgus*, quand le long péronier est épargné; *pied plat*, quand il est atrophié. La flexion de la jambe sur la cuisse est plus ou moins compromise; on constate le *steppage*. On observe : la rétention d'urine avec besoins impérieux, une constipation rebelle, le priapisme ou l'impuissance. Le réflexe rotulien est normal ou exagéré, mais les réflexes plantaire et du tendon d'Achille sont abolis.

Compression du cône médullaire (III^e, IV^e, V^e segm. sacrés). — La com-

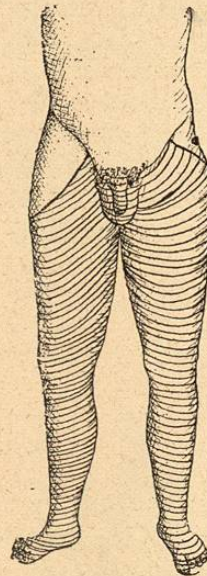


FIG. 76. — Topographie de l'anesthésie cutanée dans un cas de lésion de la dernière vertèbre dorsale. (Thornburn.)

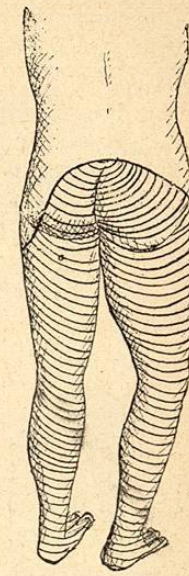


FIG. 77. — Topographie de l'anesthésie cutanée dans un cas de lésion de la dernière vertèbre dorsale. (Thornburn.)

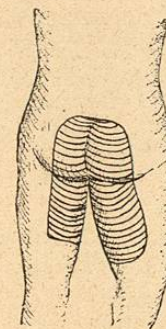


FIG. 78. — Topographie de l'anesthésie dans un cas de lésion de la moelle lombaire comprimant la 3^e racine sacrée. (Thornburn.)

pression porte sur les deux dernières paires sacrées et la région coccygienne. On constate une *anesthésie* (totale ou dissociée) occupant : les fesses, le sacrum, le coccyx, le périnée, le scrotum et la verge ou les grandes lèvres; les cuisses, sur un triangle dont la base est au pli fessier et le sommet près du creux poplité.

Il n'y a ni *paralysie*, ni *amyotrophie* des membres inférieurs.

Le *réflexe rotulien* est normal ou exagéré; le *réflexe bulbo-caverneux* est aboli. On constate : soit une rétention marquée des urines avec mictions impérieuses, et une constipation rebelle; soit, parfois, l'incontinence des urines et des fèces par *paralysie des sphincters*, ou bien l'anesthésie des

muqueuses urétrale et rectale, l'impuissance. Habituellement, le syndrome est moins pur et comporte des signes de compression des racines lombaires et sacrées.

Compression de la queue de cheval. — La queue de cheval est formée par les racines sacrées et coccygiennes et par les trois dernières racines lombaires. Sa compression se traduit par : une *paraplégie flasque* avec pied ballant en équinisme forcé et une *atrophie musculaire* marquée, précoce, frappant presque tout le membre

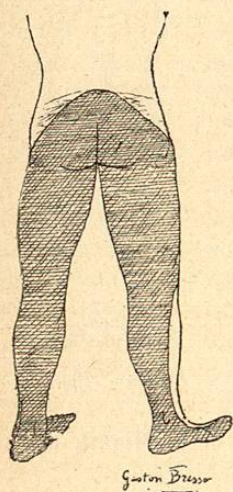


FIG. 79. — Topographie de l'anesthésie cutanée dans un cas de compression de la queue de cheval. (Thornburn.)

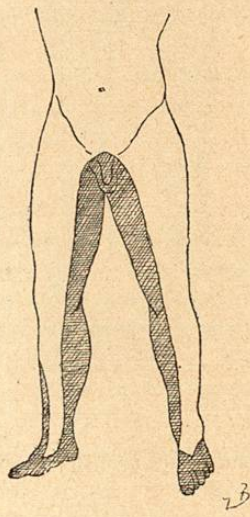


FIG. 80. — Topographie de l'anesthésie cutanée dans un cas de compression de la queue de cheval. (Thornburn.)

inférieur, en particulier le groupe antéro-externe de la jambe, les muscles du mollet, de la fesse et de la partie postérieure de la cuisse. On peut observer des contractions fibrillaires et des rétractions fibro-tendineuses.

Les *réflexes* rotulien et du tendon d'Achille sont abolis; pourtant le réflexe rotulien subsiste si la III^e racine lombaire est respectée. Les réflexes plantaire et crémasterien disparaissent. Le *steppage* existe au début.

Les *douleurs*, intenses, térébrantes, fulgurantes, occupent la région sacro-lombaire et les nerfs sciatiques, présentant des paroxysmes atroces.

La *sensibilité*, d'abord exaltée, disparaît ensuite, quoique les douleurs persistent (*anesthésie douloureuse*). L'anesthésie confine en haut, au territoire de la II^e racine lombaire, occupant le tégument : des membres inférieurs (sauf le tiers supérieur de la cuisse en avant), du périnée, de l'anus et des organes génitaux.

Les *œdèmes* vasomoteurs sont très communs; la *réaction de dégénérescence* est constatable dès le début. Les *troubles sphinctériens* consistent en

incontinence d'urine avec ou sans rétention, et en constipation. Des *escarres* se forment aux points de pression.

La topographie des troubles varie avec les cas, suivant que la lésion est bilatérale ou prédomine d'un côté.

Le diagnostic avec la compression du cône médullaire est souvent difficile.

Hémicompensation de la moelle; section complète de la moelle. — Elle réalise le *syndrome de Brown-Séguard* (voy. Localisations nerveuses). En cas de compression brusque par fracture ou luxation du rachis, une paraplégie flasque se déclare, avec anesthésie totale.

Causes de la mort. — La compression de la moelle peut provoquer la mort par cachexie nerveuse, infection urinaire ascendante, escarre infectante, ou par une maladie intercurrente : pneumonie ou tuberculose.

Diagnostic. — Le diagnostic se base sur la bilatéralité des douleurs et l'état du rachis.

1^o La *paralysie est flasque.* — On évitera la confusion avec la *myélite diffuse* engendrant dès le début la paralysie, et plus tard une amyotrophie et des troubles trophiques plus marqués; avec la *paraplégie névritique*, qui rend les muscles et les nerfs sensibles à la pression, détermine une atrophie musculaire précoce et accentuée, et respecte les sphincters; avec la *paraplégie du tabes* (signes tabétiques):

2^o La *paraplégie est spasmodique.* — La compression sera distinguée : de la *myélite transverse* (causes différentes); de la *sclérose en plaques* (tremblement, nystagmus); de la *sclérose latérale amyotrophique* (début par les membres supérieurs, intégrité de la sensibilité et des sphincters); de la *syringomyélie* (début par les membres supérieurs, prédominance de l'atrophie musculaire, thermo-anesthésie); de l'*hystérie* et surtout du *mal de Pott hystérique*; celui-ci se traduit par une paralysie brusque succédant à un léger traumatisme ou à une crise convulsive; les troubles sensitifs, intenses, massifs, respectent les organes génitaux et le sacrum; l'atrophie musculaire est rare, les sphincters sont intacts, les accidents sont accessibles à la suggestion.

Diagnostic de la cause. — Les causes les plus fréquentes de compression sont le mal de Pott et le cancer vertébral.

VII. — MYÉLITE DIFFUSE AIGUË

Peu à peu ou brusquement apparaissent de la rachialgie, des fourmillements, des douleurs dans les membres. Ceux-ci deviennent faibles, puis se paralysent. La *sensibilité* est intacte ou émoussée, rarement abolie. Les *réflexes cutanés* sont souvent exaltés. Les *réflexes tendineux* sont abolis (lésion dorso-lombaire) ou exagérés (lésion cervicale). Les *sphincters* sont toujours paralysés; l'*escarre sacrée* est fréquente et évolue rapidement. L'*atrophie musculaire* est massive avec *réaction de dégénérescence*, si les cornes antérieures sont atteintes. La peau est sujette à des *troubles trophiques* divers (œdème, etc.). La *fièvre* est modérée, irrégulière, exagérée par les

infections secondaires (escarre, cystite, broncho-pneumonie) qui causent souvent la mort. Celle-ci peut aussi résulter d'accidents bulbaires. La guérison est exceptionnelle; le passage à l'état chronique, plus habituel.

Formes. — **Type dorso-lombaire.** — Le plus commun, il se traduit par une paraplégie sous-ombilicale, avec hypo-esthésie, troubles sphinctériens, escarre sacrée, et aboutit à la mort, en 5 semaines ou 5 mois, par infection urinaire, à moins qu'il ne passe à l'état chronique.

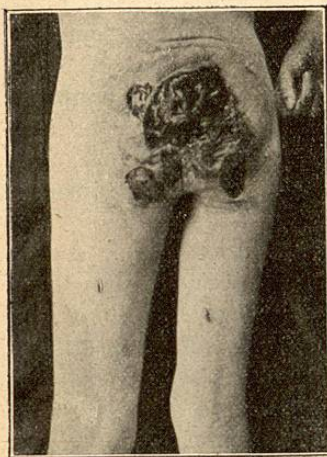


FIG. 81. — Vaste escarre sacrée développée au cours d'une myélite. (P. Marie et A. Leri.)

Type cervical. — Il détermine de la raideur douloureuse de la nuque, une paralysie des membres supérieurs ou des quatre membres, et souvent un syndrome bulbaire.

Type angulaire. — Il se traduit par une paraplégie spasmodique, sans troubles sensitifs ni sphinctériens, et passe à l'état chronique.

Type unilatéral. — Rare, il réalise un *syndrome de Brown-Séguard* plus ou moins pur.

Type central. — Les troubles sensitifs y prédominent et on y retrouve souvent la dissociation syringomyélique.

Maladie de Landry. — Ce syndrome est caractérisé : 1° par une paraplégie flasque avec abolition des réflexes et fièvre (38° à 40°), sans troubles sensitifs, ni amyotrophies, ni escarres; 2° par une évolution ascendante rapide (5 à 12 jours), aboutissant à la mort par *accidents bulbaires* (aphonie, troubles de la déglutition, tachycardie, dyspnée et asphyxie).

VIII. — MYÉLITES CHRONIQUES

Elles reconnaissent surtout pour causes les *infections* et les *intoxications*. Le début en est rarement aigu. Plus généralement apparaissent très graduellement : des douleurs, de la parésie, puis de la *paralysie* de un, deux ou quatre membres; celle-ci est tantôt flasque (lésion au-dessous du centre des réflexes tendineux), tantôt spasmodique avec contractures. Les *troubles sensitifs* sont minimes, à moins de compression ou de lésion profonde. Les *troubles trophiques* et *sphinctériens* font défaut ou sont tardifs. La durée se compte par années, coupée de longues rémissions. La mort est due à une maladie intercurrente ou à l'infection secondaire.

IX. — POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUË

I. Paralysie infantile. — La maladie évolue en quatre périodes : *invasion, paralysie, régression, atrophie*.

1° Invasion. — Brusquement en pleine santé, l'enfant présente, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, de la fièvre (39°-40°), de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée; quelquefois déjà de la rachialgie, de la torpeur ou de l'agitation, des convulsions (c. faciales, strabisme passager, grincements de dents) inconstantes. En quelques cas la fièvre manque ou passe inaperçue.

2° Paralysie. — En quelques heures, après ou avant la chute de la fièvre, la paralysie envahit la totalité ou une grande partie des muscles du corps, frappant : soit les quatre membres, sans le tronc ni le cou; soit les membres inférieurs; plus rarement les membres supérieurs ou trois membres sur quatre; revêtant ailleurs le type hémiplegique, hémiplegique alterne ou monoplegique (d'un membre inférieur le plus souvent). La paralysie, habituellement complète, plus marquée aux extrémités, est *flasque* avec : laxité des muscles et des ligaments, abolition des réflexes tendineux, intégrité des sphincters, et douleurs (inconstantes) dans les membres atteints. La réaction électrique varie suivant les muscles.

3° Régression. — Après quelques jours, la paralysie subit, dans les muscles qui avaient gardé des réactions électriques normales, une *régression* qui dure quelques semaines ou quelques mois. Les autres muscles sont voués à l'atrophie. Les plus atteints sont, par ordre de fréquence, au *membre supérieur* : le deltoïde, le triceps, les extenseurs des doigts, les interosseux, les éminences thénar et hypothénar; plus rarement le *groupe de Duchenne-Erb* (type scapulo-huméral); au *tronc*, les muscles des gouttières vertébrales, le trapèze (sauf son segment supérieur innervé par le spinal); à la *face* (exceptionnellement touchée) : le domaine du moteur oculaire externe et de l'hypoglosse; au *membre inférieur* : le long péronier latéral, l'extenseur propre du gros orteil, l'extenseur commun des orteils. Très souvent, la topographie apparaît nettement radiculaire. *La réaction de dégénérescence est constatée sur tous les muscles dont la paralysie est définitive.*

4° Atrophie. — L'émaciation des masses musculaires paralysées est constatable dès le deuxième mois. Le développement de toutes les parties du membre est suspendu, même celui des *os*, atrophiés en longueur, en largeur, plus fragiles, plus lisses, plus perméables aux rayons X. La laxité des *ligaments articulaires* explique la fréquence des luxations. L'adipose sous-cutanée est commune. La *peau*, mince, lisse, cyanosée, porte souvent de longs poils, est sujette aux durillons, aux engelures, aux éruptions, au purpura, aux ulcérations, aux escarres. Les difformités créées par les atrophies et par l'action prépondérante des muscles indemnes, sont encore accrues par la croissance. On observe surtout le *ped bot paralytique*, *équín* ou *varus équín*; rarement *valgus équín*, exceptionnellement *talus*; d'abord ballant, le pied est immobilisé ensuite par la sclérose et la rétraction fibro-tendineuse. La *para-*

lysie des muscles pelvi-trochantériens serait, pour quelques auteurs, cause de la luxation congénitale de la hanche.

La paralysie complète des membres inférieurs et des muscles de la ceinture

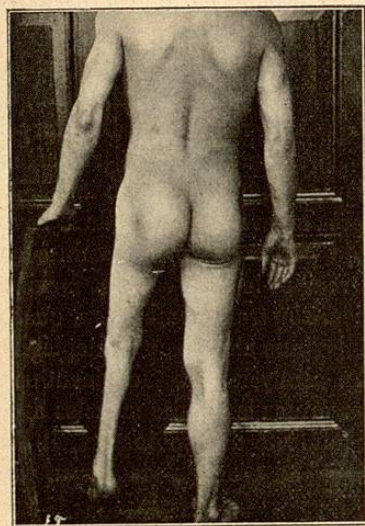


FIG. 82. — Paralysie infantile. — Atrophie du membre inférieur gauche. (P. Marie.)

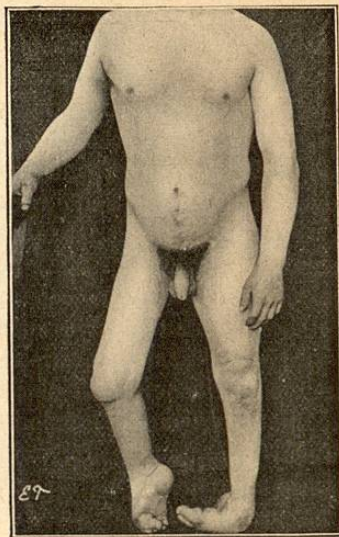


FIG. 85. — Paralysie infantile avec pied bot bilatéral. (P. Marie.)

pelvienne, avec arrêt de développement de ces membres qui restent grêles et informes, réalise le type du *cul-de-jatte*. En cas de monoplégie d'un membre

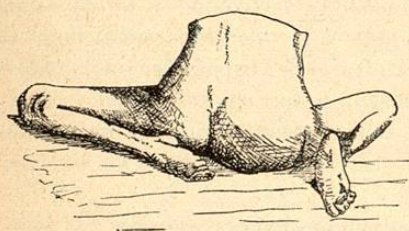


FIG. 84. — Paralysie infantile. — Atrophie des membres inférieurs et du bassin ayant amené l'infirmité dite *cul-de-jatte*. (Collection Damascino.)

inférieur, le raccourcissement est compensé par une *scoliose* et le sujet marche sur la pointe du pied. On rencontre aussi la *scoliose primitive* par atrophie des muscles du tronc; la *lordose*, par atrophie des muscles sacro-lombaires, la *cyphose* (rare) par atrophie des extenseurs du rachis.

Formes anormales. — 1° **Mode de début.** — La phase fébrile peut manquer et l'enfant s'éveiller paralysé; elle revêt aussi parfois une forme douloureuse, pseudo-rhumatismale. On voit aussi la paralysie succéder à une infection classée : rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, coqueluche, angine, diphtérie, ou s'accompagner de troubles sensitifs (surtout dans l'adolescence), douleurs rachidiennes et en ceinture, arthralgies, fourmillements, sensibilité du rachis à la pression, anesthésie, anesthésie électrique, crampes. Quelquefois aussi la paralysie est précédée de rigidité douloureuse de la nuque, des masses sacro-lombaires et des membres.

2° **Phase d'état.** — La paralysie peut être d'emblée circonscrite ou subir une régression complète (exceptionnel).

Terminaisons. — Exceptionnellement, la maladie peut aboutir à la mort par invasion bulbaire. Quand elle guérit, elle laisse souvent des difformités ou des infirmités incurables. La *récidive* est possible, à l'âge adulte, chez l'homme surtout; occasionnée, sur un terrain nerveux, par le froid, le surmenage, une infection; frappant les muscles déjà atteints ou d'autres, revêtant des types variables, à marche aiguë ou subaiguë: celui de l'atrophie musculaire (Aran-Duchenne), plus rarement celui d'une myopathie. La mort par tuberculose est commune.

Diagnostic. — Le diagnostic est impossible à la phase d'invasion. A la période paralytique, la distinction est à faire, avec les *polynévrites aiguës*, accompagnées de troubles sensitifs, comportant une atrophie à topographie périphérique; avec la *myélite diffuse aiguë*, exceptionnelle chez l'enfant et comportant des troubles sensitifs et sphinctériens; avec la *paralysie hystérique* (troubles sensitifs, réflexes intacts); avec la *pseudo-paralysie syphilitique de Parrot* (vives douleurs à l'occasion des mouvements); avec la *paralysie douloureuse des jeunes enfants*, fugace, douloureuse, d'origine traumatique; avec la *paralysie obstétricale du plexus brachial* (troubles sensitifs constants, à topographie radiculaire); avec l'*hémiplégie cérébrale infantile* (contractures); avec la *maladie de Little* (contractures); avec la *myopathie* (évolution lente, début par la face et la racine des membres). Quand une paralysie succède à une infection, l'examen doit décider s'il s'agit d'une *névrite*, d'une *paralysie ascendante* ou d'une *paralysie infantile*. Celle-ci ne sera pas non plus confondue avec la *paralysie pottique* (spasmodique et accompagnée de troubles sphinctériens).

II. Poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte. — Début.

Le sujet est pris, en pleine santé, de courbature, de douleurs dans : la nuque, le rachis, les membres, surtout les muscles; la fièvre (39°-40°) est accompagnée de céphalée, de délire, de vomissements, parfois de diarrhée. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'état général s'améliore et les paralysies apparaissent.

Paralysies. — En une demi-heure ou deux à trois jours, la paralysie frappe, soit les quatre membres, soit plutôt les membres inférieurs (paraplégie), prenant plus rarement la forme d'hémiplégie croisée ou de monoplégie, n'atteignant que par exception la face ou les yeux. La paralysie est flasque, les réflexes sont abolis, la réaction de dégénérescence est rapidement constatable dans les muscles condamnés; les sphincters sont intacts, les troubles sensitifs sont nuls ou très rares, les muscles sont quelquefois sensibles à la pression.

Régression et Atrophie. — La paralysie disparaît, sauf sur quelques muscles ou groupes musculaires présentant des secousses fibrillaires et la réaction de dégénérescence, par suite voués à l'atrophie. Les *déformations consécutives* sont variables; le pied bot est la plus commune, mais surtout,

l'arrêt de développement n'y a aucune part. La maladie dure quelques semaines; on peut lui voir prendre l'allure progressive du type Aran Duchenne. La mort résulte, exceptionnellement, soit du syndrome infectieux initial, soit de la paralysie du diaphragme.

III. Poliomyélite antérieure subaiguë. — Le début survient en pleine santé, par de la courbature et du malaise, puis la paralysie frappe une jambe ou les deux, parfois les quatre membres et le tronc; en même temps, les muscles, présentant des secousses fibrillaires et la réaction de dégénérescence, s'atrophient. Les réflexes tendineux sont abolis; la sensibilité et les sphincters sont intacts; les membres paralysés sont froids et cyanosés. Aux membres supérieurs, l'atrophie, moins rapide, est presque toujours incomplète. Rarement, on observe le début par les membres supérieurs et une marche descendante rapide. Les formes hémiplégiques ou croisées sont exceptionnelles; il en est de même de l'atteinte des noyaux bulbaires. Des rémissions de plusieurs années s'observent. La paralysie des muscles du cou, du tronc et de la respiration, peut entraîner la mort. Une grande amélioration ou même la guérison complète sont également possibles.

Sous le nom de *paralysie générale spinale à marche rapide et curable*, Landouzy et Déjerine décrivent une forme spéciale qui, en 15 jours ou un mois, frappe de paralysie tous les muscles du corps, sauf ceux de la face, commençant par les membres supérieurs. Complète, la paralysie est flasque; l'atrophie musculaire, massive; les réflexes sont abolis; sauf quelques fourmillements et l'altération du sens stéréognostique, la sensibilité subsiste. La paralysie disparaît complètement après quelques semaines.

X. — SYPHILIS MÉDULLAIRE

Les formes cliniques en sont aussi variées que les formes anatomiques.

I. Paraplégie syphilitique. — C'est la forme la plus commune (70 pour 100 des cas).

Forme commune. — Le premier phénomène morbide est la douleur, la paralysie ou les troubles sphinctériens. Les paralysies apparaissent, soit au bout de quelques heures ou de 4 à 8 jours, soit après des semaines ou des mois. Les *prodromes* (période méningée) consistent en *rachialgie*, surtout *nocturne*, dorsale, lombaire ou sacrée, irradiée autour de l'abdomen (*douleurs en ceinture*), vers les flancs, les membres; associée quelquefois à des vertiges, des vomissements, de la torpeur; en *fourmillements*, *engourdissements*, tiraillements, et en *rétenion d'urine* ou gêne de la miction.

Annoncée par de la lourdeur, de la fatigue, la *paralysie* s'affirme progressivement en plusieurs jours ou semaines. Le début apoplectiforme est plus rare. Complète ou incomplète, la paraplégie affecte divers modes, tantôt flasque (réflexes abolis), tantôt spasmodique (réflexes exagérés), avec ou sans contractures, accompagnée parfois d'incoordination, d'atrophie musculaire,

presque toujours de troubles sphinctériens, du signe de Romberg, de phénomènes douloureux, plus rarement d'anesthésie ou d'hyperesthésie, de priapisme ou d'impuissance. Les parties paralysées sont quelquefois œdémateuses et cyanosées. Des escarres larges et rapides, se forment dans les cas graves.

Formes cliniques. — La paraplégie syphilitique offre une curabilité absolue ou relative; elle est rebelle dans 14 pour 100 des cas.

Paraplégie syphilitique aiguë. — Généralement précoce, cette forme présente un début douloureux ou paralytique, graduel ou apoplectiforme; c'est une paraplégie complète, flasque; les réflexes sont abolis, la sensibilité et les sphincters très atteints, les escarres multiples et profondes; on constate surtout de la thermo-anesthésie et souvent des paresthésies; l'évolution est, soit suraiguë (2 à 19 jours), soit aiguë (30 à 40 jours), ou subaiguë (2 à 9 mois). Les malades succombent à une infection secondaire ou au marasme.

Paraplégie syphilitique curable. — Après des prodromes douloureux ou non, le début est brusque ou progressif; la paraplégie, plus souvent incomplète, est plutôt flasque que spasmodique; les troubles sensitifs et sphinctériens sont constants, les troubles génitaux fréquents; les troubles trophiques font défaut. Les effets du traitement sont rapides (semaines ou mois), plus ou moins complets; les complications cérébrales, les récidives (fréquentes) sont également curables.

Paraplégie syphilitique chronique incurable. — Cette forme est chronique d'emblée, ou fait suite à une poussée aiguë. Durant une première période, s'installe progressivement une paraplégie flasque, avec affaiblissement ou abolition des réflexes; la motilité revient ensuite plus ou moins, accompagnée d'état spasmodique, puis de contractures; les réflexes tendineux sont très exagérés; les jambes sont étendues l'une contre l'autre, les pieds en équin; on peut constater le clonus du pied; les sphincters sont généralement pris; l'anesthésie ou l'hyperesthésie existent à divers degrés; les escarres sont fréquentes; l'atrophie musculaire est peu marquée et inconstante. Les malades finissent par être confinés au lit, mais, la survie est très longue, quelquefois abrégée par l'infection des voies urinaires ou des escarres, ou par une maladie intercurrente (broncho-pneumonie, tuberculose). La *paraplégie spinale syphilitique de Erb* représente une forme atténuée. D'abord flasque, elle devient ensuite spasmodique, avec exagération des réflexes, mais sans contracture; la démarche est spasmodique; les troubles sensitifs sont légers; la miction est plus ou moins gênée; il n'y a pas de troubles trophiques. On constate une tendance à l'amélioration; la survie est longue. La syphilis peut encore reproduire fidèlement le syndrome du *tabes spasmodique* sans troubles sensitifs, ni urinaires.

Syndrome de Brown-Séquard. — La syphilis médullaire est capable de créer un syndrome de Brown-Séquard, simple ou double, plus ou moins complètement curable, laissant quelquefois un peu de raideur et quelques troubles sensitifs.

Méningo-myélite envahissante. — Elle est généralement précoce, quoique les prodromes puissent durer des jours et des mois; puis la paralysie débute par les membres inférieurs, pour envahir ensuite dans sa marche