

XXIX

**TUMEURS DE LA MOELLE ET DES MÉNINGES SPINALES
COMPRESSION LENTE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE**

PAR LE D^r PAUL SIMON

Professeur à la Faculté de Nancy.

Les tumeurs de la moelle et des méninges spinales chez les enfants sont encore assez peu connues pour que les traités classiques en fassent à peine mention. Cela tient à leur rareté d'abord et ensuite, à ce que, parmi les faits épars dans la littérature médicale, beaucoup sont de date déjà ancienne et par conséquent dépourvus de détails histologiques et même de renseignements cliniques suffisants. Cependant certaines d'entre elles, telles que les lésions tuberculeuses et syphilitiques, les sarcomes, les lipomes, ont été observées assez fréquemment pour qu'on puisse tenter d'en tracer le tableau; c'est à ces tumeurs surtout que sera consacré ce chapitre.

Étiologie. — Anatomie pathologique. — A part les tumeurs qui reconnaissent une origine infectieuse, comme le tubercule et le syphilome, l'étiologie de ces lésions spinales nous échappe complètement. Le traumatisme est noté dans beaucoup d'observations, mais il nous paraît jouer ici un rôle secondaire, et tout au plus peut-on admettre qu'il intervient en créant un *locus minoris resistentiæ* capable d'appeler sur l'axe spinal la localisation du processus pathologique.

Considérés en général, ces néoplasmes prennent naissance soit dans la moelle elle-même, soit dans les méninges, soit dans le tissu cellulo-adipeux sous-méningé; enfin certaines lésions primitives du canal osseux affectent secondairement et suivant des modalités différentes les méninges et la moelle. Il est des tumeurs qui se rencontrent indifféremment dans la moelle et dans ses enveloppes, et qui peuvent même les envahir à la fois ou successivement; d'autres siègent exclusivement en dehors de la moelle et ne l'intéressent que mécaniquement, par compression. Cette distinction n'est pas inutile cliniquement, car, pour une même lésion, la gravité de la paralysie et la rapidité de son évolution se mesurent, pour une part, à l'étendue et à la précocité de la désorganisation médullaire. Toutefois, le siège des tumeurs n'est pas un facteur suffisant pour les classer d'une façon rationnelle, et il nous paraît plus simple de les passer en revue les unes après les autres, d'après leur nature et leur fréquence, tout en insistant, s'il y a lieu, sur les différences qui résultent de leur localisation à tel ou tel des éléments constitutifs de l'axe spinal, au point de vue de la tumeur elle-même et de son influence sur la moelle.

I. — TUBERCULES

Tubercules des méninges spinales. — La tuberculose encéphalique et la granulie s'accompagnent fréquemment de déterminations identiques dans les enveloppes de la moelle; dans ces cas, il ne s'agit pas de véritables tumeurs; on trouve seulement à la surface de l'arachnoïde et de la pie-mère des granulations disséminées ou plus ou moins confluentes, un peu de sérosité louche dans la cavité arachnoïdienne et des altérations superficielles de la moelle semblables à celles du cerveau dans la tuberculisation des méninges encéphaliques. Les *vraies* tumeurs tuberculeuses des méninges spinales sont le plus souvent consécutives à la carie vertébrale: comme l'ont démontré Charcot et Michaux, le processus tuberculeux se propage peu à peu des corps vertébraux au ligament vertébral qui se dissocie et se détruit; la face externe de la dure-mère, envahie à son tour, prolifère et envoie dans le canal rachidien des prolongements en forme de champignons plus ou moins volumineux qui compriment la moelle, les méninges molles et la face interne de la dure-mère demeurant habituellement indemnes.

Dans certains cas, après la guérison du mal de Pott, l'affaissement et la soudure des vertèbres, on a trouvé, à la face externe de la dure-mère, dans l'angle de la déformation et en contact avec les lames, une plaque circonscrite de tissu conjonctif, déterminant des accidents de compression analogues à ceux que produirait un fibrome de la dure-mère. Il est probable que ces productions fibro-conjonctives ne sont autre chose que des foyers de pachyméningite tuberculeuse ancienne, qui ont subi la transformation fibreuse et où l'élément tuberculeux a peu à peu disparu (Oustaniol)¹. Mac Ewen² a signalé un fait de ce genre chez une enfant de 9 ans: il existait une tumeur conjonctive, fortement adhérente à la dure-mère, recouvrant à peu près les deux tiers de sa circonférence, et siégeant au niveau d'une déformation angulaire de la colonne vertébrale datant de 5 ans. L'enfant présentait une paraplégie avec incontinence des urines et des matières fécales; elle guérit complètement par l'ablation de la tumeur et des lames vertébrales.

En dehors des altérations tuberculeuses de la colonne vertébrale, des néoplasmes tuberculeux peuvent se développer primitivement dans les méninges. Ces lésions, observées surtout chez des sujets jeunes, de 8 à 20 ans, sont constituées par un tubercule unique pouvant atteindre le volume d'une noisette et amener de graves accidents de compression spinale, ou, par une série de tubercules moins volumineux agglomérés, former une plaque beaucoup plus large mais bien moins épaisse et par conséquent moins menaçante pour les cordons médullaires (Oustaniol). Ces productions prennent naissance presque toujours sur la pie-mère ou dans le tissu sous-arachnoïdien; plus rarement sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Les lésions de la moelle varient avec le volume de la tumeur; quelquefois elle

⁽¹⁾ Thèse de Paris, 1892.

⁽²⁾ Brit. med. Journ., 1888.

ne présente qu'une légère dépression, d'autres fois elle est fortement altérée, tantôt ramollie, tantôt dure, grisâtre et sclérosée.

Tubercules solitaires de la moelle. — Les tubercules solitaires, si fréquents dans l'encéphale, sont infiniment plus rares dans la moelle; ils s'observeraient surtout à l'âge de 15 à 20 ans (Kohts)¹; sur 14 cas, en effet, Lebert n'en signale que 2 au-dessous de 15 ans. Il en existe cependant un assez grand nombre d'exemples dans l'enfance, même chez des sujets très jeunes : 8 mois (Gull)², 1 an 1/2 (Kohts), 5 ans (Marfan)³. Ils sont ordinairement accompagnés de tubercules dans d'autres organes, ganglions, poumon, cerveau et méninges, ce qui concorde d'ailleurs avec ce que nous savons de la généralisation fréquente de la tuberculose dans le jeune âge. Le plus souvent, les symptômes des tubercules spinaux apparaissent au cours d'une tuberculose déjà évidente; quelquefois cependant on ne rencontre à l'autopsie aucune altération tuberculeuse *plus ancienne* que celle de la moelle (Marfan, Hayem)⁴; le tubercule spinal peut donc être primitif.

C'est de préférence dans la substance grise spinale que le tubercule se développe, mais il peut aussi prendre naissance dans les cordons blancs (Gull); la lésion siège à la partie centrale de la moelle, ou bien elle n'en occupe qu'une des moitiés et refoule l'autre en la comprimant; quant à son siège, elle paraît s'observer avec une fréquence presque égale dans les différents étages de la moelle, aussi bien à la région dorsale qu'aux régions cervicale, lombaire ou sacrée. La tumeur, le plus souvent unique, rarement multiple (Kohts)⁵ ou divisée en deux masses distinctes (Eager)⁶, varie du volume d'un petit pois à celui d'une noisette; sa forme est plus ou moins régulièrement arrondie, sa consistance tantôt ferme, tantôt friable; elle est bien limitée, quoique ne présentant pas toujours de membrane d'enveloppe distincte. Celle-ci, quand elle existe, est de couleur grisâtre, vaguement transparente, elle contient parfois de petites granulations tuberculeuses; la partie centrale offre une coloration blanc jaunâtre et un aspect caséux.

La moelle est constamment altérée au voisinage de la lésion; quelquefois on la trouve ramollie sur une certaine étendue; quand elle est fortement comprimée, elle peut être réduite à un liséré gélatiniforme ou rougeâtre qui cerce la tumeur. Marfan a noté un foyer d'hématomyélie très nette dans la zone immédiatement sus-jacente à la lésion; la moelle n'était plus représentée à ce niveau que par une masse couleur abricot où on ne distinguait plus rien de la structure normale. Il existait en outre une phlébite intense et diffuse des veines de la pie-mère, dont le foyer principal correspondait au foyer hémorragique: Liouville⁷ avait signalé déjà, chez un adulte, une distension anormale des canaux veineux qui présentaient des dimensions au moins quatre fois plus grandes qu'à l'état normal et formaient de gros troncs sinueux et tout à fait variqueux. Enfin, dans les cas où la

(¹) *Handbuch der Kinderkrankh. von Gerhardt's*. Tubingen, 1880.

(²) *Guy's hosp. reports*, 1858.

(³) *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 12 mars 1897.

(⁴) *Arch. de physiologie*, 1875.

(⁵) *Kohts. Loc. cit.*

(⁶) 58^e Congrès des médecins allemands, *Berlin. klin. Woch.*, 1885, n° 45, p. 702.

(⁷) *Arch. gén. de méd.*, 1875.

vie se prolonge, il peut se produire des dégénérescences ascendantes et descendantes comme dans toutes les affections destructives de l'axe spinal.

La plupart des observations ne mentionnent pas de lésions méningées concomitantes, cependant les enveloppes de la moelle sont parfois intéressées. Dans le cas de Marfan, l'arachnoïde et la pie-mère étaient épaissies, vascularisées, semées d'ecchymoses; la dure-mère elle-même était violacée, ecchymotique, et présentait sur sa face interne de fines granulations tuberculeuses: ces lésions étaient sans doute terminales. Enfin, les racines nerveuses ont été trouvées parfois englobées dans un exsudat grisâtre et peu consistant; mais ces phénomènes paraissent être exceptionnels, et le plus souvent la lésion ne dépasse pas les limites de la moelle.

II. — SYPHILIS

Les lésions syphilitiques de la moelle et des méninges spinales chez les enfants paraissent relever exclusivement de la syphilis héréditaire: il s'agit dans la plupart des cas d'une méningo-myélite embryonnaire diffuse comparable à celle de la syphilis acquise: l'altération prédomine dans les vaisseaux, les méninges, l'espace sous-arachnoïdien; quant à la moelle, sa trame vasculo-conjonctive surtout est affectée, le tissu nerveux proprement dit ne semble pas présenter ordinairement de troubles bien caractérisés (Gasne)¹. Plus rarement, à côté des lésions précédentes, on peut voir, dans certaines régions de la cavité rachidienne, les éléments embryonnaires se tasser en amas compacts et circonscrits, et constituer ainsi de véritables tumeurs gommeuses. Dans un fait rapporté par Jürgens², il existait, dans la région cervicale de la moelle, une petite gomme intéressant environ la moitié du territoire du cordon latéral droit et coïncidant avec une infiltration gommeuse des méninges, et des gommages dans le cerveau et dans d'autres organes. Ces gommages solitaires de la moelle sont extrêmement rares et c'est surtout dans les méninges qu'on observe des néoformations de ce genre; la moelle toutefois n'est pas épargnée: outre qu'elle peut être comprimée et plus ou moins désorganisée, elle présente une infiltration nucléaire diffuse par propagation des lésions méningées. Les lésions des méninges épargnent quelquefois la dure-mère et se localisent à l'arachnoïde et à la pie-mère; dans le cas de Siemerling³, ces deux membranes étaient considérablement épaissies, adhérentes entre elles et à la moelle; l'arachnoïde, de couleur blanc grisâtre, présentait à sa face antérieure de petites tumeurs saillantes; la dure-mère était saine à l'œil nu et à l'examen microscopique.

D'autres fois, outre une infiltration considérable de l'arachnoïde et de la pie-mère, il existe un épaississement de la dure-mère, dont la *face interne* montre des fausses membranes épaissies et fibreuses et des adhérences nombreuses et serrées avec les autres méninges spinales (Jürgens).

(¹) *Thèse de Paris*, 1897.

(²) *Charité Annalen*, Berlin, 1885, X, 729.

(³) *Arch. f. Psychiatrie*, Berlin, 1889. Voir HEUBNER: *Die Syphilis im Kindesalter*, in Gerhardt, 1896.

Enfin, la lésion peut être plus accentuée encore et s'étendre à la face externe de la dure-mère et à l'espace extra-dural; il en résulte des tumeurs volumineuses produisant des désordres considérables du côté de la moelle: Gasne en a relaté deux exemples remarquables qu'on peut prendre comme types d'une description des gommés méningées.

Ces tumeurs affectent souvent la forme d'un croissant; très épaisses en arrière et parfois plus volumineuses que la moelle elle-même, elles s'aminçissent sur les côtés, sans dépasser les limites de la demi-circonférence postérieure de la moelle; dans quelques cas, cependant, elles enserrant celle-ci de toutes parts, à la façon d'une masse à injection qui remplirait le canal rachidien. Leur couleur et leur aspect rappellent le tissu nerveux, elles s'étendent du haut en bas de la moelle, soit d'une façon presque continue, soit en formant des masses plus ou moins bien circonscrites. La dure-mère, très épaisse, se confond avec le tissu extra-dural, qui, normalement formé de mailles conjonctives très lâches et déliées, est transformé en une masse fibreuse creusée de vaisseaux de nouvelle formation gorgés de sang. L'arachnoïde et la pie-mère, difficilement reconnaissables par places, sont augmentées de volume, l'espace sous-arachnoïdien a disparu, la pie-mère fait corps avec la moelle, ou en est séparée par un exsudat granuleux. Au microscope, la tumeur offre la structure habituelle des gommés syphilitiques, beaucoup de cellules dégénérées ne se laissent plus colorer par les réactifs, et de grands espaces ramollis et vides au centre indiquent la tendance de ces néoplasmes à la caséification (Gasne). A la périphérie, la lésion se continue insensiblement avec cette infiltration nucléaire des méninges et de la moelle qui caractérise la syphilis spinale; aussi peut-on considérer ces tumeurs comme une modalité particulière de la méningomyélite syphilitique vulgaire. Les racines nerveuses englobées dans le processus restent rarement indemnes, elles sont généralement envahies soit par propagation de voisinage, soit par le développement de petits nodules gommeux formés aux dépens des parois vasculaires; les tubes nerveux peuvent être détruits en partie. Les ganglions spinaux montrent un épaississement considérable de leur trame conjonctive, mais les conducteurs nerveux et les éléments cellulaires ne présentent pas d'altérations notables. Par contre, la moelle est le siège de désordres importants: dans l'un des deux cas de Gasne, il existait, à la région dorso-lombaire, sur le bord droit de la moelle, une tumeur volumineuse accolée à la dure-mère, très épaisse, refoulant et comprimant la moelle avec laquelle elle était confondue. A ce niveau, la substance blanche, transformée en tissu gommeux au stade de régression, ne permettait plus de distinguer les conducteurs nerveux, et se continuait directement avec le tissu du néoplasme. Dans la seconde observation, les lésions étaient plus étendues encore: la moelle comprimée, et absolument méconnaissable à la région cervicale, reparaisait ensuite irrégulière, disjointe et déformée à la région dorsale, pour reprendre une forme à peu près normale à la région lombaire, mais disparaissait de nouveau au milieu du tissu morbide qui remplissait le canal vertébral à sa partie inférieure. A la région cervicale moyenne, l'axe nerveux n'était plus qu'un amas de

détritus informes où il était impossible de distinguer quoi que ce fût. Ce n'est qu'à la région lombaire que l'on pouvait retrouver la structure de l'axe spinal, encore la corne postérieure et le cordon latéral étaient-ils complètement dégénérés; plus bas, les éléments nerveux étaient de nouveau méconnaissables. Comme le fait remarquer Gasne, ces lésions spinales reconnaissent des causes complexes: tout d'abord la compression mécanique de l'axe nerveux par les méninges hypertrophiées, d'autre part, la nécrose des éléments nerveux, consécutive aux lésions des vaisseaux; ceux-ci, artères et veines, montrent, en effet, des altérations manifestes: leur lumière est rétrécie et défigurée, leurs tuniques sont infiltrées de cellules rondes ou épaissies par un développement de tissu fibreux.

III. — SARCOMES

Si l'on est d'accord avec nous, pour classer dans cette catégorie de tumeurs, à côté des cas décrits sous ce nom, les faits déjà anciens intitulés carcinomes, fungus, tumeurs fibro-plastiques, on pourra en conclure que le sarcome du rachis est relativement fréquent chez les enfants. Deux cas peuvent se présenter: ou bien le néoplasme se développe primitivement dans les méninges ou dans la moelle, ou bien il s'agit de tumeurs nées dans la colonne vertébrale et se bornant à comprimer les organes qui y sont contenus sans les intéresser directement, ainsi qu'il arrive au cours du mal de Pott et dans certains cas de paraplégie des cancéreux. Cette dernière éventualité semble se présenter rarement; Hawkins¹ en a relaté un bel exemple: il s'agit d'un enfant de 4 ans, qui fut opéré par Brodie pour une tumeur cancéreuse (?) des os du nez. Trois mois et demi après, il rentra à l'hôpital avec une paraplégie douloureuse des membres inférieurs et une incontinence des urines et des matières fécales et ne tarda pas à succomber. L'autopsie montra une infiltration néoplasique des os de la face et des noyaux secondaires dans les poumons, les plèvres et les os. Les vertèbres dorsales étaient profondément altérées, envahies par une substance molle, semblable à de la substance médullaire qui s'étendait au dehors sous forme de tumeurs volumineuses; la dure-mère était très épaissie, mais lisse à sa face interne; quant à la moelle, elle ne semblait pas altérée, sa déformation seule trahissait la compression irrégulière à laquelle elle avait été soumise.

Les sarcomes proprement dits des méninges et de la moelle ont été observés plus souvent; ils coïncident parfois avec des tumeurs semblables occupant la protubérance et le cervelet (Hirschberg, Ollivier)², quelquefois même ils ne sont autre chose que le prolongement dans la cavité rachidienne de sarcomes encéphaliques (Guersant)³. Quand ils naissent primitivement dans le rachis, ils se développent soit aux dépens de la moelle, soit aux dépens des méninges: la moelle est alors secondairement envahie, d'autres

⁽¹⁾ *Arch. de médecine*, 1842.

⁽²⁾ HIRSCHBERG. *Berlin. klin. Wochens.*, 1879, n° 47. OLLIVIER (d'Angers). *Traité des maladies de la moelle épinière*. Paris, 1857, t. II, p. 505.

⁽³⁾ *Arch. gén. de méd.*, 1825.

fois elle demeure indemne ou elle est simplement comprimée; Kohts¹ a vu, dans un cas, la tumeur déterminer une myélite ascendante rapidement mortelle. Ces tumeurs siègent indifféremment dans toutes les régions du rachis; elles revêtent différentes formes, parmi lesquelles le sarcome encéphaloïde paraît notablement prédominer; les autres observations se rapporteraient au sarcome fasciculé surtout et au sarcome névroglie, autant qu'on peut en juger en l'absence de renseignements histologiques. Leurs dimensions n'ont pas toujours été notées exactement, elles sont parfois considérables: ainsi dans un fait d'Abercrombie la lésion s'étendait de la troisième dorsale jusqu'au coccyx; dans le cas d'Ollivier il existait sur toute la hauteur de la moelle, mais à la partie postérieure seulement, une couche de tissu de nouvelle formation, de consistance analogue à celle du cerveau et mesurant sur certains points une épaisseur de 2 millimètres 1/2.

Le sarcome encéphaloïde est remarquable par son évolution envahissante, il peut perforer les méninges, repousser et détruire les arcs vertébraux et arriver ainsi à faire saillie au dehors sous forme de tumeurs volumineuses. Lebert² cite le cas d'un enfant de 10 ans atteint de paraplégie chez lequel il se développa deux tumeurs près de la colonne vertébrale, l'une à la région dorsale, l'autre à la région lombaire; à l'autopsie, les apophyses épineuses de la 2^e à la 8^e vertèbre avaient complètement disparu et les apophyses transverses étaient cariées. Les méninges étaient détruites au niveau de la lésion, la moelle présentait aux points correspondants un léger ramollissement. Ces tumeurs peuvent même ulcérer la peau et devenir le siège d'hémorragies répétées: Abercrombie en a rapporté un exemple.

IV. — LIPOMES

Le lipome se rencontre surtout chez les jeunes enfants entre 2 et 5 ans en moyenne; A. Johnson³ et Témoin⁴ en ont observé chacun un exemple chez le nouveau-né. Cette tumeur prend naissance dans le tissu cellulaire péri-méningé, mais elle se développe aussi aux dépens de la pie-mère et de l'arachnoïde (Zavaleta et Masi⁵, Bravbach⁶). Elle est généralement unique; cependant, dans le fait d'A. Johnson, il existait deux masses lipomateuses, situées l'une en dedans, l'autre en dehors de la dure-mère qui n'était pas perforée. Ses dimensions varient entre 2 et 12 centimètres de longueur; dans le cas de Bravbach, la lésion s'étendait de la pointe du calamus à l'émergence des 4^e et 5^e paires dorsales, mesurant 12 centimètres de long sur 5 centimètres d'avant en arrière et 2 centimètres transversalement.

Ordinairement, mais non toujours, entourée d'une capsule bien nette, elle n'est pas adhérente à la moelle et s'énuclée facilement. On a vu la moelle aplatie et ramollie, les racines nerveuses comprimées, les faisceaux

(¹) *Berlin. klin. Woch.*, 1885.

(²) *Anat. path.*, t. II.

(³) *Brit. med.*, 1837.

(⁴) *Arch. prov. de chirurgie*, 1892, p. 179.

(⁵) Cités par Chipault. *Études de chirurgie médullaire*. Paris, 1895.

(⁶) *Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankh.* Bd XV, II. 2, p. 489.

pyramidaux dégénérés, mais en général la moelle ne présente pas d'altérations considérables et l'intervention chirurgicale a été suivie plusieurs fois d'une guérison complète. Le lipome siège de préférence à la région sacro-lombaire, plus rarement à la région dorsale (Holmes¹); on l'a observé aussi à la région cervicale; il a une tendance à faire saillie au dehors, à la face postérieure du rachis, en passant par les trous de conjugaison ou en détruisant peu à peu les arcs vertébraux. Il en résulte une tumeur de consistance molle à accroissement parfois rapide (Témoin) variant du volume d'une noisette à celui d'une tête de fœtus, indolore, irréductible, se déplaçant en masse dans les mouvements imprimés et se continuant par un pédicule plus ou moins mince jusqu'à son insertion intra-vertébrale.

V. — TUMEURS DIVERSES

Nous citerons pour mémoire un fait rapporté par Dubreuilh² d'abcès de la région cervicale de la moelle chez un enfant: la moelle, revêtue de ses enveloppes, était très épaissie du bulbe à la région dorsale; il existait du pus infiltré à la région postérieure entre les méninges et dans le canal épendymaire. Les kystes hydatiques du canal rachidien sont loin d'être exceptionnels, mais ils ont été observés presque toujours chez l'adulte. Cependant Souques³ et Rosenthal⁴ en ont vu chacun un cas chez des sujets de 15 ans; dans le second de ces faits, ainsi que le fait remarquer Kohts, l'étendue de la destruction des vertèbres permettait de présumer que l'affection existait depuis longtemps déjà.

Symptômes. — Durée. — Terminaison. — Les tumeurs de la moelle et de ses enveloppes peuvent demeurer absolument latentes et n'être reconnues qu'à l'autopsie, soit que par leur faible volume et la lenteur de leur développement elles fassent tolérer leur présence, soit que leurs symptômes propres soient masqués par les signes mieux caractérisés d'une affection cérébrale de même nature évoluant en même temps. Toutefois, dans la plupart des cas, ces lésions ne peuvent acquiescer un volume notable sans déterminer, par irritation ou par compression des parties voisines, des phénomènes importants capables de déceler leur existence et leur situation dans telle ou telle région du rachis. Malheureusement ces troubles sont généralement indiqués dans les observations d'une façon trop sommaire pour qu'on puisse en faire l'objet d'une étude approfondie; il suffira pour la compléter de se reporter aux faits observés chez l'adulte, en tenant compte de la difficulté d'appréciation, chez les jeunes enfants, de certains symptômes, notamment des altérations de la sensibilité et des symptômes purement subjectifs. Les douleurs ouvrent ordinairement la scène, elles résultent de la compression des racines nerveuses et elles peuvent faire défaut quand celles-ci sont restées indemnes. Ces douleurs, très vives, et parfois comparées à une brûlure

(¹) Discuss. à la New York Academie of medicine. *Med. News*, 1885, p. 17.

(²) *Bull. de la Soc. anat.*, 1884.

(³) *Bull. de la Soc. anat.*, 1895.

(⁴) *Traité clin. des mal. du système nerveux*.

intense, occupent la nuque et le dos, s'irradient dans la poitrine et dans les membres, le plus souvent des deux côtés, quelquefois d'un seul et s'exagèrent dans les mouvements, pendant la marche et quand on soulève l'enfant pour le prendre dans les bras. Dans certains cas, elles s'accompagnent d'anesthésie, de fourmillements dans les extrémités, de crampes et de secousses convulsives dans les muscles, de raideur de la nuque et de la colonne vertébrale, d'opisthotonos.

Au bout d'un temps variable, de quelques semaines à quelques mois, la paralysie apparaît; légère d'abord, puis graduellement progressive. Quelquefois, on l'a vue survenir soudainement sans aucun phénomène prémonitoire comme dans les faits d'Eisenchitz¹ et de Marfan. Cette paralysie occupe le plus souvent les membres inférieurs, elle s'accompagne fréquemment de paralysie des sphincters; elle prend le type hémiplégique quand la moitié seule de la moelle est intéressée (Eager, Kohts). Flaque au début, elle fait place, si la maladie se prolonge, à une contracture permanente, précédée pendant quelque temps d'une exagération des réflexes tendineux. Dans plusieurs observations, on trouve notées de l'amyotrophie, des escarres, une anesthésie plus ou moins complète au-dessous de la lésion, enfin, dans les cas où la moelle cervicale est intéressée, de la toux et de la dyspnée. A ces différents signes, on peut joindre dans certains sarcomes encéphaloïdes et dans les lipomes, l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs parfois très volumineuses à la partie postérieure du rachis. Ces tumeurs se distinguent du spina-bifida principalement par leur consistance et leur irréductibilité; elles peuvent ulcérer la peau et devenir la source d'hémorragies répétées.

L'évolution de la maladie est en général progressive, sa durée dépend de la nature du néoplasme, de son volume, de son siège, de l'état général du sujet; elle peut varier de quelques semaines à plusieurs mois et à plusieurs années. La mort en est la terminaison habituelle, elle est rarement le fait de la compression de la moelle en elle-même, sauf dans les cas de lésions de la région cervicale; elle peut résulter de la septicémie consécutive aux escarres, de l'infection urinaire, d'une affection cérébrale concomitante de même nature, d'une maladie intercurrente, du progrès de l'affection générale (tuberculose, syphilis) dont la lésion spinale n'est qu'une des manifestations, d'une myélite aiguë ascendante de voisinage; quelquefois l'affection demeure indéfiniment stationnaire, la guérison a même été observée, et l'intervention chirurgicale a plus d'une fois réussi, dans des cas d'épaississement fibreux de la dure-mère (Mac-Ewen) et de tumeurs bénignes (Athol Johnson, Témoin), à faire cesser l'étranglement de la moelle et à restaurer la motilité dans les membres paralysés.

Diagnostic. — Comme on l'a vu, la compression de la moelle peut être méconnue quand il existe, en même temps, des lésions cérébrales qui attirent sur elles toute l'attention. En dehors de ces faits, son évolution et ses symptômes sont assez caractéristiques pour permettre de la reconnaître, d'autant plus que les affections qui présentent avec elle une analogie clinique

(¹) *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1878.

plus ou moins grande, se distinguent de leur côté par des traits qui leur sont particuliers. Ainsi la paraplégie spasmodique de Little laisse intacts la sensibilité et les sphincters et ne s'accompagne d'aucun trouble trophique; l'hystérie se reconnaît à ses stigmates classiques, la myélite diffuse évolue plus rapidement sans phase douloureuse prémonitoire et donne lieu à des escarres et à de l'atrophie musculaire étendues et précoces.

Pour compléter le diagnostic, il est indispensable de rechercher quelle est la cause de la compression; ici le problème se complique. L'existence d'une déformation vertébrale, l'apparition d'une tumeur à la région dorso-lombaire, la présence de lésions tuberculeuses, syphilitiques ou sarcomateuses dans différents organes, les antécédents morbides du sujet, l'altération de l'état général, les tares héréditaires, la diffusion des symptômes, l'évolution plus ou moins rapide de la maladie, tels sont les différents facteurs qui peuvent être utilisés dans ce but et qui ont permis, assez rarement il est vrai, de reconnaître pendant la vie la nature de la lésion.

Quant au siège de la tumeur dans le rachis, on peut l'apprécier dans une certaine mesure d'après l'étendue de la paralysie, les troubles des sphincters, la distribution des douleurs et de l'anesthésie et déterminer ainsi à quelle hauteur la moelle se trouve comprimée. Il est certains cas où la lésion peut être localisée plus exactement encore: c'est quand la paralysie revêt la forme hémiplégique, elle est alors le signe d'une lésion occupant seulement une des parties latérales de la moelle (Kohts).

Traitement. — Dans les tumeurs syphilitiques de la moelle et des méninges, le traitement spécifique est rigoureusement indiqué; s'il s'agit de tubercules solitaires, on aura recours à la médication usitée dans les affections tuberculeuses en général, dans le but d'agir moins sur la lésion spinale elle-même que sur les localisations viscérales nées ou à naître qui précipiteraient la terminaison fatale. En dehors de ces deux cas, le traitement médical sera surtout symptomatique; on soutiendra l'état général, on s'efforcera de calmer la douleur, de diminuer la contracture et enfin on s'opposera par une antisepsie bien conduite aux accidents d'infection générale qui peuvent être consécutifs aux escarres et aux troubles vésicaux. Dans la pachyméningite tuberculeuse à l'état fibreux et dans certaines tumeurs bénignes, l'intervention chirurgicale a été, comme nous l'avons vu, tentée avec succès; elle n'est pas malheureusement sans danger et on a vu survenir à sa suite une méningo-myélite ascendante mortelle (Zavaleta et Masi).