

XXXV

HÉMATOMYÉLIE

PAR J. HALLÉ

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Le terme d'hématomyélie dans son sens le plus général comprend toutes les variétés d'hémorragie de la moelle. Cette lésion anatomique réunit une série de faits très disparates, d'étiologie et de pathogénie très différentes. On peut discuter sur la valeur même du terme hématomyélie, et se demander s'il ne serait pas plus justement remplacé dans certains cas par celui d'hématomyélite; l'hémorragie médullaire résulte alors d'une inflammation véritable; mais cette question de doctrine qui rappelle les travaux de Cruveilhier, Liouville, Hayem, Bouchard, Raymond, sort du cadre de cet article¹, où nous cherchons seulement à grouper les diverses hémorragies médullaires rencontrées dans l'enfance.

Étiologie et pathogénie. — Les hémorragies de la moelle ne sont pas très communes chez l'enfant; elles se montrent toutefois avec une prédominance marquée chez le très jeune enfant. L'accouchement laborieux, les manœuvres d'un accouchement pathologique, interviennent pour expliquer la fréquence des hématomyélies du fœtus dans la dystocie. Signalées par Schütz² (1844), étudiées par Friedleben³ (1855), par Bednar, par Parrot⁴ (1869), par Jacquet de Lyon⁵ (1875), ces hématomyélies ont été l'objet de travaux récents et importants de la part de Schultze⁶, de Bonn (1896), de Raymond⁷, de Schaeffer⁸, d'Herbécourt⁹. Dernièrement, en France, Couvelaire¹⁰, Charrin et Léry¹¹, nous ont fait connaître des points importants de l'histoire de ces lésions.

(¹) On trouvera, dans le remarquable travail du Dr J. Lépine, de très nombreux documents relatifs aux hématomyélies et les recherches personnelles de l'auteur sur cette question. — J. LÉPINE. *Étude sur les hématomyélies*. Masson, 1900.

(²) SCHÜTZ. Ueber convulsionen der Neugeborenen. *Prager Vierteljahrschrift*, 1844, Bd III, p. 22.

(³) FRIEDLEBEN. Ueber Apoplexie der Nervencentren bei Neugeborenen. *Archiv. f. physiol. Heilkunde*, XIV, 1855, p. 118.

(⁴) PARROT. Rupture de la moelle chez un nouveau-né pendant l'accouchement. *Soc. méd. des hôp.*, 15 août 1869.

(⁵) JACQUET. Note sur quelques lésions microscopiques produites chez un fœtus par le forceps. *Lyon méd.*, XII, 1875, p. 376.

(⁶) SCHULTZE. *Deutsche Zeit. f. Nervenheilkunde*, VIII, 1896, p. 1.

(⁷) RAYMOND. Sur un cas d'hématomyélie présumé du renflement cervical. *Progrès méd.*, 1896, et *Cliniques*, t. II, p. 457.

(⁸) SCHAEFFER. Ueber Blutergüsse in den Wirbelkanal bei Neugeborenen und deren Ursachen. *Archiv. für Gynäkologie*, 1887, Bd LIII, p. 278.

(⁹) D'HERBÉCOURT. Sur un cas d'hématomyélie observé chez un nouveau-né. *Journal de méd. de Paris*, 19 juin 1898, p. 514.

(¹⁰) COUVELAIRE. Hémorragies du système nerveux central des nouveau-nés dans leurs rapports avec la naissance prématurée et l'accouchement laborieux. *Soc. biol.*, 28 mars 1905, et *Ann. de gynéc. et d'obstétr.*, août 1905.

(¹¹) CHARRIN et LÉRY. *Soc. de biol.*, 16 mars 1905.

Après l'accouchement, la fréquence des hémorragies médullaires devient moins grande, et, en réunissant des faits étiologiques très différents, on arrive à réunir seulement une trentaine de cas d'hématomyélies bien observées. Aussi pourrait-on étudier séparément les hémorragies médullaires du fœtus et du nouveau-né, et celles qui surviennent dans le reste de l'enfance dans deux chapitres distincts; mais cette division clinique, qui distinguerait les hématomyélies spéciales à l'enfance de celles qui relèvent des mêmes causes que chez l'adulte, entraînerait à des redites continuelles.

Les hématomyélies peuvent être primitives ou secondaires.

Primitives, elles succèdent souvent à un traumatisme, à une fracture de la colonne vertébrale le plus souvent, à une chute sur le dos sans fracture de la colonne vertébrale (Mouratoff¹, enfant de 8 ans). A côté des fractures, signalons les hématomyélies qui surviennent à la suite de certains efforts. Bernhardt², Luisada³ en signalent chacun une observation à la suite des quintes de coqueluche. Kœster⁴ rapporte le fait d'un jeune apprenti ébéniste, pris d'accidents paralytiques liés à une hématomyélie, après un travail exagéré fait à genoux. Il signale les cas d'enfants pris de paralysie subite pour avoir voulu soutenir des fardeaux trop lourds. L'effort seul de la défécation pourrait même agir. Page⁵ rapporte le fait d'une paraplégie survenue dans l'effort de la défécation chez un enfant chétif et anémique. Le fait de soulever un peu brusquement un enfant par les bras a suffi dans l'observation déjà ancienne de Clifford Albutt⁶. L'enfant fut paralysé des quatre membres; l'autopsie montra deux foyers d'hématomyélie dans la moelle cervicale.

Un traumatisme chirurgical n'intéressant pas la colonne vertébrale peut être capable d'amener, par un mécanisme difficile à saisir du reste, la production d'une hématomyélie. C'est ainsi que Schlesinger⁷ rapporte le cas d'une enfant de 11 ans, traitée d'une luxation congénitale de la hanche par le redressement, qui aussitôt après l'opération présenta de vives douleurs dans les membres inférieurs, puis de la paralysie et de l'incontinence d'urine et une zone d'anesthésie au périnée. Le diagnostic d'hématomyélie du cône terminal parut très justifié. Le surmenage physique, surtout lorsqu'il s'exerce au grand froid, peut également être invoqué dans certains cas. Seymour-Sharkey⁸ cite l'observation remarquable d'un enfant de 15 ans qui, après une séance de patinage de plusieurs heures, revint avec des accidents de légère paralysie qui s'exagèrent et amenèrent la mort en trois jours par hématomyélie.

(¹) MOURATOFF. *Revue russe de psychiatrie et de neurol.*, 1896, et *Revue neurol.*, 1897, p. 565.

(²) BERNHARDT. Ueber Rückenmarkserkrankungen bei Keuchhusten. *Deutsch. med. Woch.*, 1895, n° 50.

(³) LUISADA. Un caso di paraplegia da pertussa. *Settimana medica*, 1899, n° 5.

(⁴) KÖESTER. Zur Casuistik der Erkrankungen des conus terminalis. *Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1898, Bd XII, p. 531.

(⁵) PAGE. Sudden and unexpected death from rupture of a vesicle in the cervical portion of the spinal cord. *The Lancet*, 1880, I, p. 445.

(⁶) CLIFFORD ALBUTT. *The Lancet*, 1870, II, p. 84.

(⁷) SCHLESINGER. Angeborene Hüftgelenksluxation mit hämatomyelie des conus medullaris. *Wiener med. Presse*, n° 49, 1898.

(⁸) SEYMOUR-SHARKEY. On a case of primary hæmorrhage into the spinal cord. *The Lancet*, 1891, I, p. 1157.

Mais de toutes les causes qui amènent, par une sorte de traumatisme, l'hémorragie médullaire, chez l'enfant, l'accouchement laborieux est la plus commune et la plus utile à connaître. Couvelaire, qui a étudié de près ces hémorragies médullaires des jeunes enfants, a constaté 11 fois des hémorragies du système nerveux sur 51 autopsies d'enfants morts quelques heures ou quelques jours après la naissance. Chose remarquable, ces hémorragies ont des sièges très différents suivant l'état de l'enfant à la naissance. Chez les enfants nés avant terme il s'agit d'hémorragie intra-cérébrale (5 fois sur 11); mais, quand à la naissance l'enfant dépasse trois kilos, on trouve au contraire des hémorragies médullaires (6 fois sur 11). Du reste, quand on se reporte aux conditions de l'accouchement, on peut se convaincre qu'un travail laborieux est la véritable cause de l'hémorragie. Il s'agit le plus souvent d'application de forceps et le mécanisme de l'hémorragie doit être probablement recherché dans une véritable élongation de la moelle. Le traumatisme obstétrical paraît donc être la cause suffisante de ces hémorragies, dans le cas de dystocie; mais les altérations antérieures des vaisseaux du fœtus peuvent les faciliter et même les provoquer dans certains cas. C'est ainsi que d'Herbécourt (1898) signale le rôle des altérations vasculaires rencontrées sous le microscope, comme provoquant les hémorragies médullaires et cérébrales. Les tissus des centres nerveux des nouveau-nés issus de mères malades semblent prédisposés aux hémorragies; Charrin et Léri ont insisté sur les altérations vasculaires antérieures à l'accouchement qui se voient chez les débiles et amènent des hémorragies sans traumatisme obstétrical. Dans ces cas, l'hémorragie devient secondaire à une altération vasculaire.

On doit également invoquer des lésions vasculaires comme point de départ des hématomyélies dans de nombreux cas, comme les suivants: dans les myélites, dans la poliomyélite antérieure, dans certaines syringomyélies traumatiques (Redlich¹, Minor², Raymond³), dans l'hématomyélie qui peut s'observer au cours du mal de Pott (Weber⁴), dans le spina-bifida, dans certaines tumeurs (sarcomatose de la moelle) (Orlowski⁵).

Les maladies infectieuses provoquent quelquefois des hémorragies médullaires. On les a notées dans diverses formes de purpura (Steffen⁶), comme complication des gastro-entérites (Pick⁷), dans la syphilis héréditaire ou acquise. Marfan⁸ rapporte à ce sujet une très remarquable observation où existaient des lésions multiples et extrêmement prononcées liées à l'endartérite et à l'endophlébite: thrombose, hématorachis, hématomyélie et un volumineux infarctus caséiforme de la moelle. La syphilis paraît seule avoir

(¹) REDLICH. Zur Pathogenen der Syringomyelie. *Wiener med. Klub.*, 1895; *Revue neurol.*, 1896, p. 188.

(²) MINOR. *Comptes rendus du Congrès de Moscou*, 1897, vol. IV, p. 292.

(³) RAYMOND. *Loco citato*.

(⁴) WEBER. *Journal hebdomadaire*, t. IV, p. 20.

(⁵) ORLOWSKI. *Arch. de neurol.*, 2^e série, vol. VI, 1898, p. 161.

(⁶) STEFFEN. Hämatorachis und hématomyélie bei Purpura mit Sectionsbesund. *Jahrb. f. Kinderheilkunde*, Bd XLII, 1896, p. 288.

(⁷) PICK. Notiz zur pathologischen Anatomie des Rückenmarksnach Darmerkrankungen. *Prager med. Woch.*, 1881, n^o 45.

(⁸) MARFAN. Endartérite et endophlébite, probablement syphilitique des vaisseaux de la pie-mère, etc. *Soc. méd. des hôp.*, 12 mars 1897, p. 569, et avec examen de GASNE et PHILIPPE. *Soc. méd. des hôp.*, 18 novembre 1898, et *Thèse Lépine*, p. 255.

pu déterminer de telles lésions vasculaires. Enfin, il est des cas, rares il est vrai, où l'hémorragie médullaire paraît succéder nettement à l'arrêt d'un flux hémorragique normal. Goldammer¹, Levier², Payen³ ont rapporté chacun le cas de jeunes filles déjà réglées et chez lesquelles la paralysie eut pour cause une hémorragie médullaire à la suite de la suppression des règles. Les douleurs lombaires de la menstruation indiqueraient ainsi une congestion qui pourrait aboutir à des ruptures vasculaires.

Anatomie pathologique. — Les hémorragies de la moelle peuvent se présenter sous deux formes, sous la forme d'hémorragies capillaires ou d'hémorragies en foyers. Les hémorragies capillaires qui forment un piqueté discret et se distinguent à la coupe des points rouges dus à la section des vaisseaux en ce qu'on ne peut les faire disparaître ni par le lavage, ni par une légère pression, siègent le plus souvent dans la substance grise; elles ne donnent lieu généralement à aucun symptôme, car elles ne vont pas jusqu'à rompre et détruire les fibres nerveuses par compression.

Plus importantes sont les hémorragies en foyer. Elles sont constituées par un caillot véritable, fragmenté parfois en foyers secondaires. Ces foyers atteignent rarement la taille d'un pois ou d'une noisette; de forme assez souvent arrondie sur la coupe, le caillot forme généralement une bande verticale qui envoie des prolongements irréguliers au-dessus et au-dessous de la rupture vasculaire, écartant et dissociant les fibres et cellules nerveuses.

Ces foyers hémorragiques suivent des trajets assez fixes (Goldscheider, Flatau). Généralement l'hémorragie a lieu dans la substance grise, dans la corne antérieure, surtout en arrière de cette corne, au niveau de la colonne de Clarke, ou bien elle occupe la commissure grise postérieure ou la corne postérieure. L'hémorragie diffuse parfois autour du caillot et déborde alors dans la substance blanche voisine. Le sang arrive ainsi à se collecter dans les sillons médians antérieur et postérieur. Le canal épendymaire peut être rompu et rempli de sang. Souvent l'hémorragie présente une symétrie remarquable des deux côtés de la moelle.

Toutes les régions de la colonne médullaire ne sont pas également atteintes par l'hématomyélie. Le renflement cervical est la partie le plus souvent atteinte, mais c'est dans la région dorsale que l'hémorragie a le plus de tendance à s'étendre en hauteur et en surface. L'hémorragie peut gagner la pie-mère, distendue, infiltrée au niveau des sillons et des racines.

Au microscope, dans le caillot compact récemment constitué, on ne retrouve aucun élément organisé; les cellules disparaissent, vite étouffées par le sang; les tubes nerveux offrent une résistance plus grande. Suivant la cause productrice de l'hémorragie on peut retrouver les lésions les plus variables de la moelle: lésions parenchymateuses ou vasculaires, généralement combinées. Ces altérations vasculaires pourront être énormes et diffuses. Dans la remarquable observation de Marfan, Gasne et Philippe trouvèrent un processus singulier d'endartérite et d'endophlébite qui avait

(¹) GOLDAMMER. Ein Beitrag zur Lehre von der Spinalapoplexie. *Berliner klinische Woch.*, 1875, p. 698.

(²) LEVIER. Beitrag zur Pathologie der Rückenmarksapoplexie. *Thèse de Berne*, 1864.

(³) PAYEN. *Thèse de Paris*, 1826.

complètement transformé les vaisseaux de la pie-mère lombo-sacrée, créant des varices volumineuses et irrégulières, dont les parois étaient par place épaisses et résistantes, tandis que, plus loin, elles se laissaient distendre et s'amincissaient au point de se rompre. Ces lésions avaient abouti par compression, par étranglement et hémorragies successives, à une véritable destruction de la partie inférieure de la moelle lombo-sacrée.

Chez les jeunes enfants qui succombent peu après la naissance après un accouchement laborieux, l'hémorragie, comme Couvelaire l'a montré, affecte généralement la région cervicale. Cet auteur oppose ces hémorragies médullaires aux hémorragies intra-cérébrales que l'on observe au contraire chez les prématurés. Ces hémorragies médullaires de la dystocie sont situées dans la substance grise; leur siège de prédilection est la zone intermédiaire, en arrière de la corne antérieure. De là l'hémorragie a tendance à fuser vers le cordon latéral, sur le flanc interne du faisceau pyramidal et vers le sillon antérieur de la moelle, en suivant le trajet des vaisseaux spinaux antérieurs. On comprend l'importance de ces localisations anatomiques pour la genèse d'affections médullaires, telles que les rigidités spasmodiques, maladie de Little, etc., qui remontent souvent à l'accouchement laborieux ou avant terme.

Le sang épanché dans la moelle subit les modifications suivantes : il se dessèche, le caillot se rétracte en se séparant du tissu voisin par un sillon riche en pigment. Le caillot devient successivement brun, jaunâtre, puis jaune d'ocre. Il ne reste finalement qu'un amas de pigment avec des cristaux d'hématoïdine. Pendant que ces altérations se produisent, on voit très rapidement se faire une tuméfaction énorme des cylindres-axes voisins de l'hémorragie, puis une fragmentation de la myéline, et se constituer finalement un foyer de ramollissement aboutissant parfois à une lacune kystique. Les dégénérescences ascendantes et descendantes se forment suivant les règles ordinaires; mais le fait le plus intéressant est la formation de ces cavités entourées d'un tissu névroglie hyperplasié; il en résulte des lésions qui rappellent celles de la syringomyélie et qui ont fait soutenir par certains auteurs (Minde) l'existence d'une véritable syringomyélie traumatique. Il est probable que ce sont des lésions de cet ordre qui donnent lieu aux symptômes syringomyéliques que l'on observe parfois chez l'enfant à la suite de paralysies datant d'un accouchement laborieux et de la naissance en état de mort apparente (Raymond).

Symptômes. — Le début des hémorragies médullaires peut être précédé de prodromes consistant en douleurs au niveau des apophyses de la colonne vertébrale, en fourmillements dans les membres; mais le plus souvent le début est brusque et se fait par une attaque qu'on peut désigner sous le nom d'apoplexie spinale. Il se fait une paraplégie subite pouvant amener la chute de l'enfant, parfois une paralysie complète des quatre membres, quelquefois une paralysie d'un membre supérieur et des deux membres inférieurs. Des douleurs spontanées peuvent exister : elles s'exagèrent par la pression au niveau de la colonne vertébrale; elles peuvent irradier en ceinture et dans les membres. La sensibilité est toujours atteinte,

généralement dans ses divers modes. Les sphincters sont pris le plus souvent.

Le tableau clinique est très différent suivant le siège, l'étendue et les causes de la lésion.

Si l'hémorragie se produit dans la région cervicale, les phénomènes, qui apparaissent du côté de l'appareil respiratoire et circulatoire, donnent rapidement lieu à des accidents très graves qui passent au premier plan du tableau clinique et qui entraînent généralement une mort rapide. Ce fut le cas de cet enfant de 7 mois qui présenta une hématomyélie pour avoir seulement été soulevé un peu brusquement par les bras. Il mourut avec des phénomènes respiratoires. L'hématomyélie siégeait dans la région cervicale. C'était également près de cette région (région dorsale supérieure) que se trouvait le foyer d'hémorragie qui emporta huit jours après, avec des phénomènes du côté du poumon, cet enfant de 13 ans, dont Clifford Albutt rapporte l'histoire et qui commença sa paralysie au retour d'une séance de plusieurs heures de patinage. C'est également dans la région cervicale qu'existait le foyer d'hématomyélie qui causa la mort d'une fillette de 10 ans, délicate et anémique, qui mourut subitement d'hémorragie médullaire au moment de l'effort de la défécation (Seymour Sharkey). On voit donc que l'hématomyélie de la région cervicale est particulièrement grave, et c'est peut-être à cette localisation cervicale que l'on doit de voir succomber si facilement les enfants nouveau-nés qui meurent à la suite des hémorragies médullaires de la dystocie. Quand l'hémorragie se fait dans la région qui avoisine le canal central (hématomyélie centrale de Minor), les phénomènes aigus qui accompagnent toujours le début des hématomyélias ont tendance à s'atténuer, le malade peut reprendre une partie de ses mouvements; mais on observe l'apparition de troubles de la sensibilité qui rappellent en tous points ceux de la syringomyélie. On a signalé plusieurs faits de syringomyélie chez l'enfant qui semblent relever seulement de cette localisation centrale d'une hématomyélie.

Les considérations précédentes montrent combien doit varier la marche des hématomyélias suivant le siège, l'étendue, et la cause de l'hémorragie.

Nous avons vu avec quelle rapidité succombaient les enfants atteints d'une hémorragie médullaire siégeant au niveau du renflement cervical; d'autres présentant des lésions moins étendues et moins graves survivent à leur attaque d'apoplexie spinale et deviennent des paraplégiques; mais il est exceptionnel qu'ils présentent le tableau que l'on voit si fréquemment dans la syphilis de l'adulte et qui porte le nom de paraplégie spinale *spastique* de Erb. Généralement l'existence des troubles sphinctériens, le gâtisme, les maladies intercurrentes emportent ces enfants assez vite. Certains malades peuvent cependant survivre indéfiniment, restant infirmes avec des manifestations spinales complexes rappelant le tableau du syndrome de Little ou d'une syringomyélie.

La guérison complète peut-elle se produire? La chose n'est pas absolument impossible, s'il s'agit seulement de foyers hémorragiques très peu étendus et ayant agi surtout par compression sans destruction notable des tubes et des cellules nerveuses. Les paralysies observées parfois subitement

au cours d'une quinte de coqueluche se sont parfois notablement améliorées. Une légère parésie, un certain degré de clonus du pied, peuvent rester comme seuls signes d'une hématomyélie antérieure. Ce qu'on sait des progrès que font avec l'âge et les soins certains enfants atteints de maladie de Little doit ne pas faire désespérer entièrement de certains cas.

Diagnostic. — Le diagnostic d'hématomyélie se fait surtout par les commémoratifs et le début brusque d'une paraplégie survenant généralement sans fièvre. Les circonstances étiologiques de cette paraplégie (traumatisme, effort, forceps, etc.) éclairent généralement le diagnostic; mais souvent c'est par exclusion que l'on est amené à faire le diagnostic d'hématomyélie.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel de l'hématomyélie et de la paralysie infantile qui survient le plus habituellement après une série de phénomènes spéciaux, fièvre, vomissements, transpirations profuses, phénomènes infectieux évidents. Du reste, dans la poliomyélite antérieure, les phénomènes moteurs dominant toute la scène morbide et la sensibilité est intacte au début. Les paraplégies hystériques de l'enfance peuvent prêter à des erreurs de diagnostic et en imposer pour des foyers d'hématomyélie. L'absence très commune des stigmates névropathiques chez l'enfant augmente la difficulté, mais l'examen attentif des circonstances, l'absence des signes spéciaux des altérations spinales (signe de Babinski) permettront d'éviter une erreur. Le diagnostic rétrospectif d'hématomyélie pourra quelquefois être porté chez les enfants atteints de rigidité spasmodique congénitale lorsqu'on trouvera nettement à la naissance l'existence d'un traumatisme tel que le forceps et que l'absence d'accidents cérébraux et de mal comitial permettent d'écarter l'idée d'une lésion cérébrale¹.

Traitement. — Le traitement des hématomyélies se réduit à peu de chose. La fréquence des hémorragies médullaires chez les enfants nés après un accouchement laborieux et les applications de forceps nous montrent qu'on ne saurait trop faire pour tâcher d'éviter à l'enfant un traumatisme obstétrical.

Chez l'enfant plus âgé, la révulsion, la glace, les ventouses seront tentées au début des accidents paralytiques; mais il ne faut pas se faire illusion sur l'impossibilité de modifier un fait accompli.

(¹) Voir RAYMOND. *Cliniques*, t. II.

XXXVI

POLYNÉVRITES

PAR LE D^r E. AUSSET

Professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille.

Nous n'avons point l'intention de faire ici une étude complète des polynévrites; ce serait sortir du cadre de cet ouvrage et il n'y a évidemment d'intérêt que dans les particularités que nous pourrions relever dans l'évolution de ces polynévrites chez les enfants. Toutefois nous désirons nous arrêter un peu plus longuement sur les relations des polynévrites avec la poliomyélite aiguë qui l'accompagne assez souvent, ce qui rend parfois malaisé un diagnostic précis. Nous voulons aussi nous appesantir un peu sur les paralysies de la diphtérie sur lesquelles des travaux récents ont jeté une vive lumière.

Depuis environ vingt-cinq ans que l'attention est plus spécialement portée du côté des maladies des nerfs, on a distingué dans les polynévrites un nombre considérable de formes cliniques, et entre autres une forme de polynévrite ressemblant cliniquement à la poliomyélite antérieure aiguë. Aujourd'hui qu'on sait que les altérations anatomiques ne se cantonnent pas toujours, loin de là, dans les nerfs périphériques, vont atteindre la moelle, et même l'encéphale, aujourd'hui que certains auteurs prétendent même que dans les polynévrites, telles celles de la diphtérie, les lésions médullaires sont les premières en date, on conçoit très aisément l'apparition de ces formes spéciales. Il s'agit, dans ces cas, de polynévrites à aspect de poliomyélite, d'une paralysie flasque des membres, symétrique, plus marquée au centre qu'à la périphérie, s'accompagnant de l'abolition des réflexes, de la réaction de dégénérescence avec, plus ou moins vite, de l'atrophie musculaire. La sensibilité cutanée est intacte ou à peu près; mais le malade ressent des fourmillements, souffre quand on comprime ses masses musculaires et ses nerfs. Certains nerfs crâniens (nerf optique, nerf vague) peuvent participer au processus morbide. C'est là une variété bien spéciale de polynévrite, très aisée à confondre avec la poliomyélite antérieure aiguë.

Or, en 1877, Eichhorst fit paraître un mémoire (*Neuritis Acuta progressiva, Virchow's Archiv*, 1877, t. LXIX) où l'on trouve une observation très intéressante qui amène cet auteur à affirmer qu'une polynévrite peut, dans certaines circonstances, évoluer sous les dehors d'une paralysie ascendante aiguë. Des observations analogues vinrent confirmer cette assertion (Roth, Dejerine, Raymond, etc.), et Mme Dejerine-Klumpke, dans sa thèse, soutint que certaines modalités cliniques de la polynévrite peuvent se rapprocher, par leurs traits et leur marche, de la symptomatologie de la poliomyélite antérieure aiguë.