

plupart du temps d'une façon tout à fait insensible. En d'autres termes, l'augmentation notable des réflexes rotuliens, le clonus du pied, enfin la contrac-

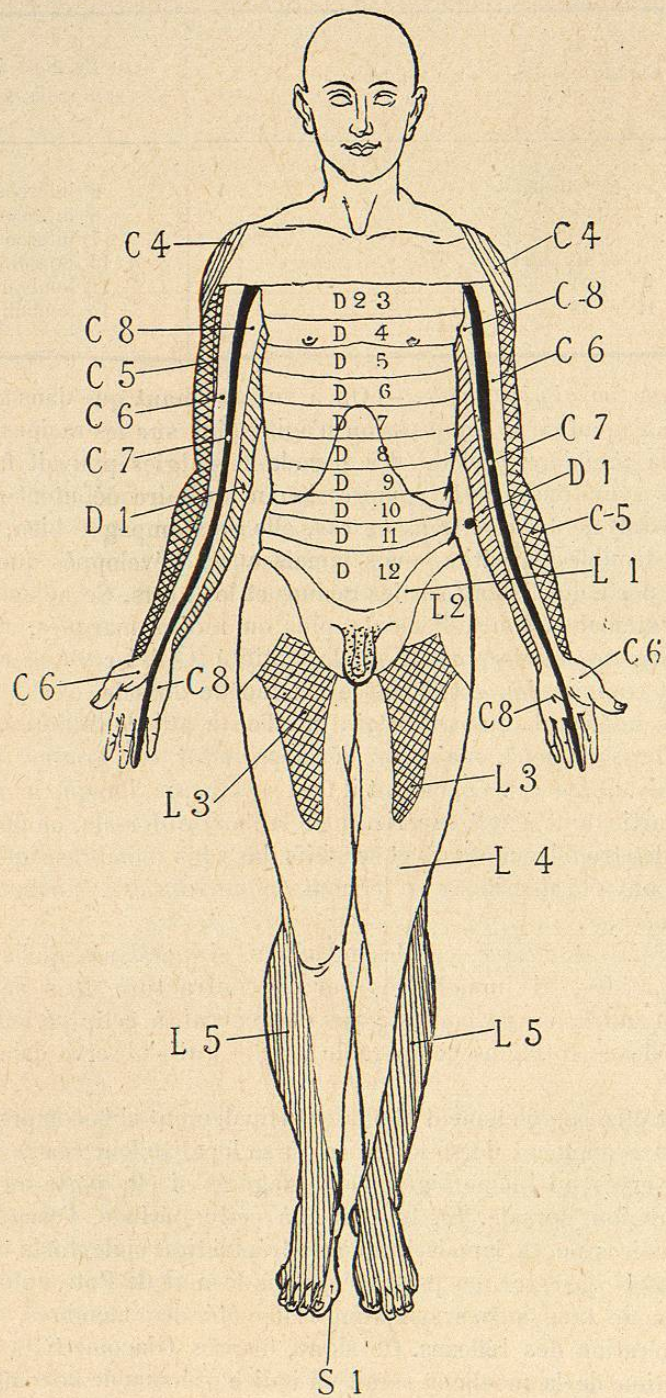


FIG. 295. — Innervation radulaire de la peau; région antérieure (d'après Thornburn).

ture, s'installent graduellement, sans qu'il soit possible de marquer nettement le passage de l'un à l'autre de ces états.

Lorsque l'agent de la compression est situé au niveau de la région dorsale supérieure ou moyenne, on n'observe pas, sinon d'une façon tardive et exceptionnelle, de troubles des sphincters. Il en est tout autrement si la partie dorso-

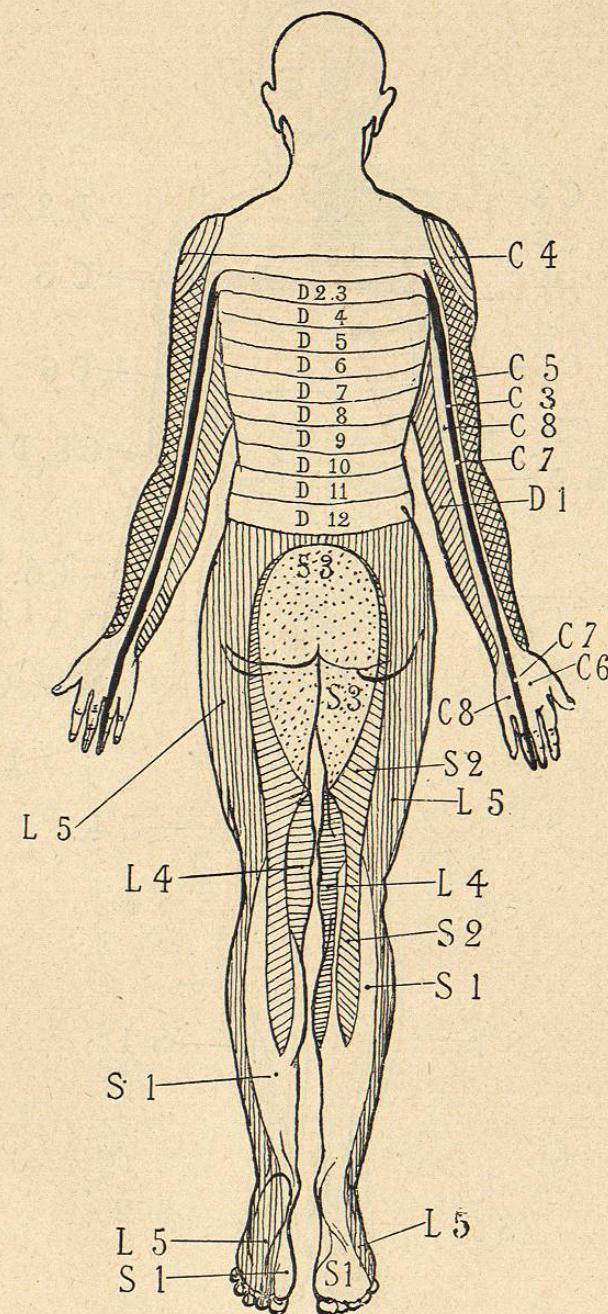


FIG. 294. — Innervation radulaire de la peau; région postérieure (d'après Thornburn).

lombaire de l'organe est intéressée. Nous reviendrons sur ce point à propos de la compression de la région lombaire.

Les troubles de la sensibilité, qui se produisent à des époques variables, mais

généralement tardives, peuvent cependant, dans certains cas, manquer complètement, du moins en ce qui concerne les troubles objectifs. Ils indiquent que la compression intéresse les parties les plus profondes de la moelle. On les

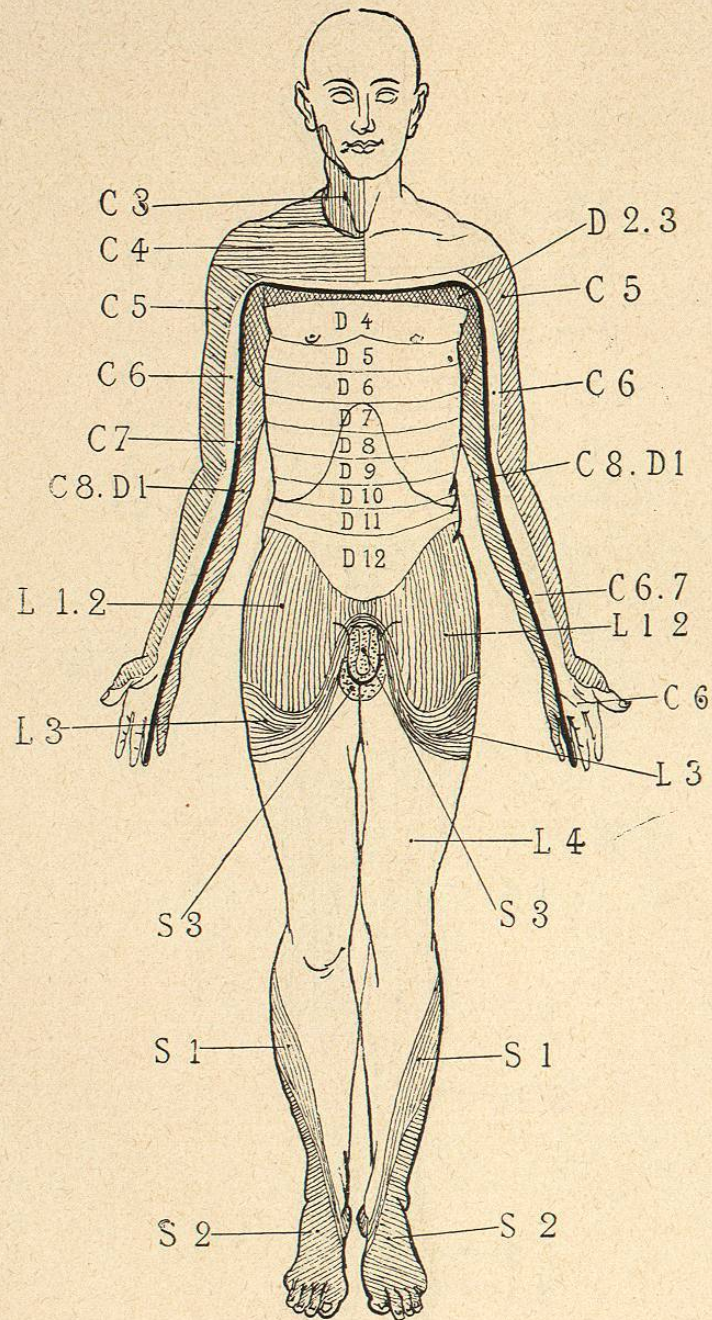


FIG. 295. — Innervation radulaire de la peau; région antérieure (d'après Kocher).

observe, en effet, avec le type radulaire le mieux caractérisé, même en l'absence complète de lésions des racines⁽¹⁾. Ils tiennent d'ailleurs, on le sait, la

(1) TOUCHE, THOMAS et LORTAT-JACOB. *Soc. de neurol.*, 4 juillet 1901.

première place dans le cas de tumeur centrale de la moelle. Mais nous ne saurions nous occuper ici de ces cas particuliers, qui rentrent dans le cadre de la syringomyélie. Nous avons déjà parlé des fourmillements, picotements,

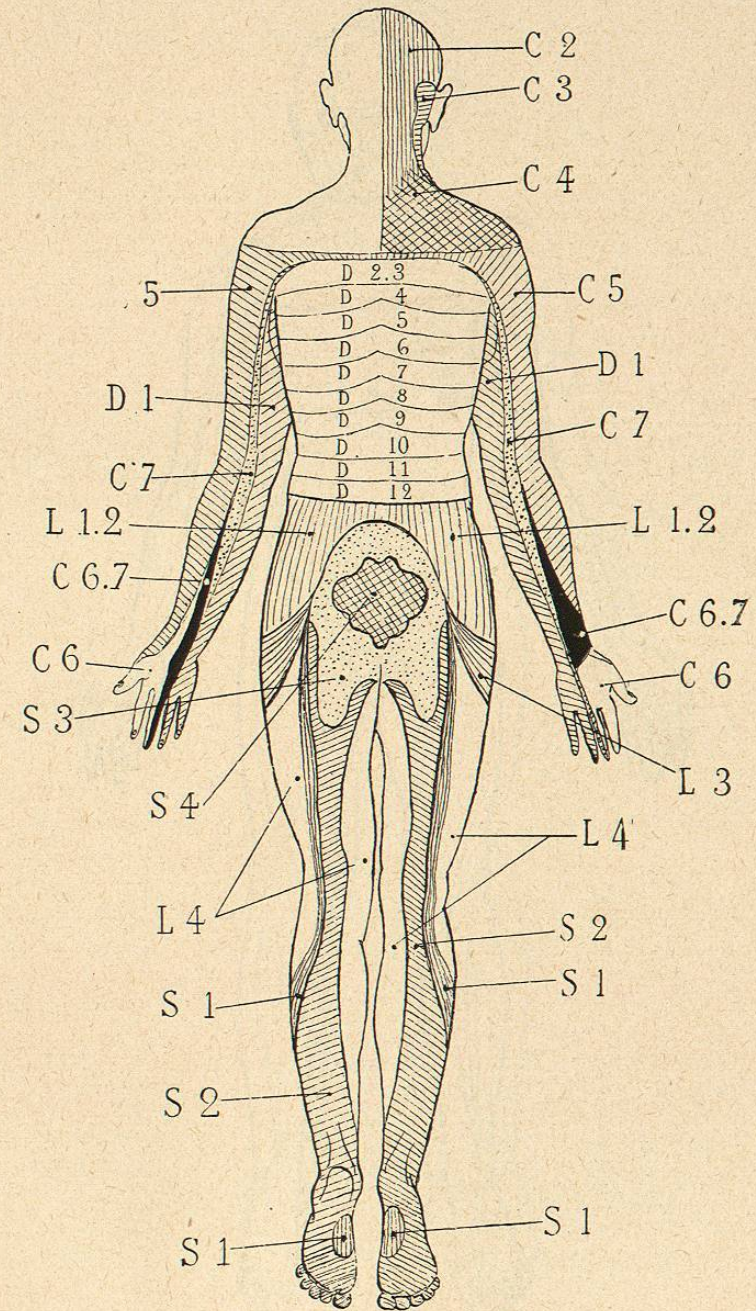


FIG. 296. — Innervation radulaire de la peau; région postérieure (d'après Kocher).

engourdissements, douleurs, qui persistent le plus ordinairement pendant cette période.

En fait de troubles objectifs de la sensibilité, les *hyperesthésies*, *dysesthésies*,

anesthésies, sont les phénomènes les plus fréquemment observés. Tantôt le moindre pincement, la moindre piqure, quelquefois même le simple frôlement, sont perçus à l'égal d'une douleur vive, qui peut quelquefois persister beau-

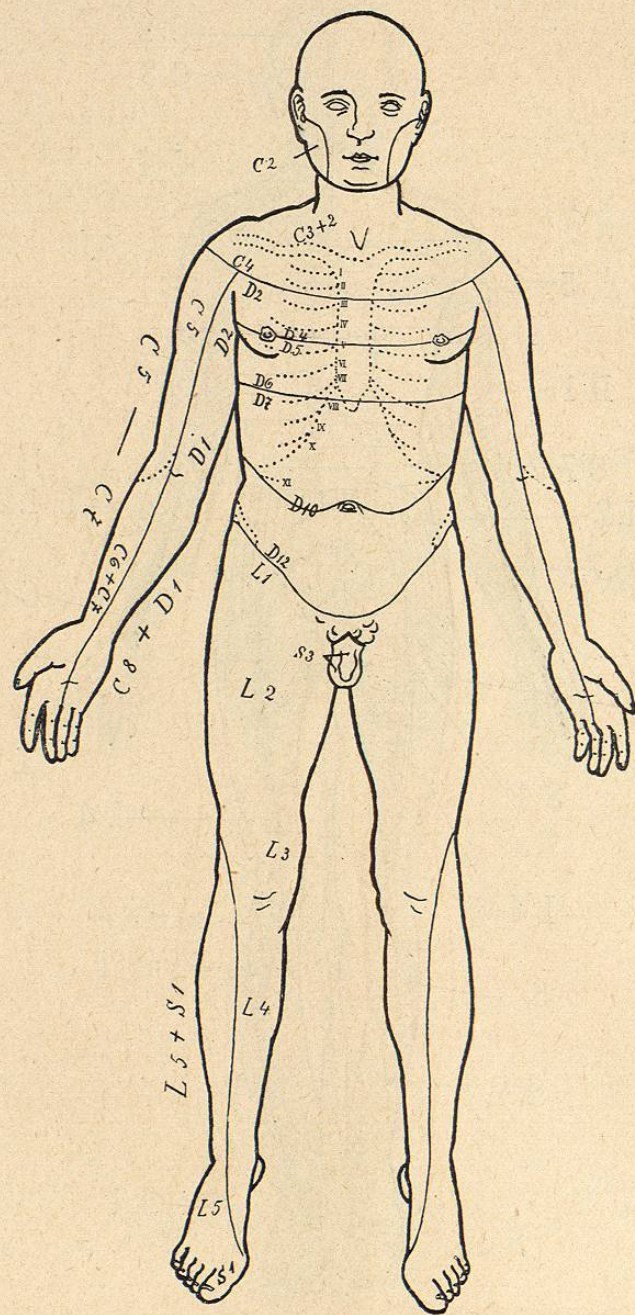


FIG. 297. — Innervation radulaire de la peau; face antérieure (d'après Seiffer, 1901).

coup plus longtemps que de juste après la cessation de l'excitation cutanée. Tantôt il existe, au contraire, un certain degré d'anesthésie, marquée par un retard parfois très notable dans la perception de la sensation. D'autres fois, ce

sont des erreurs de lieu dans la localisation de la sensation : le malade croit avoir été touché, piqué, pincé en un point, alors que l'excitation a porté en un

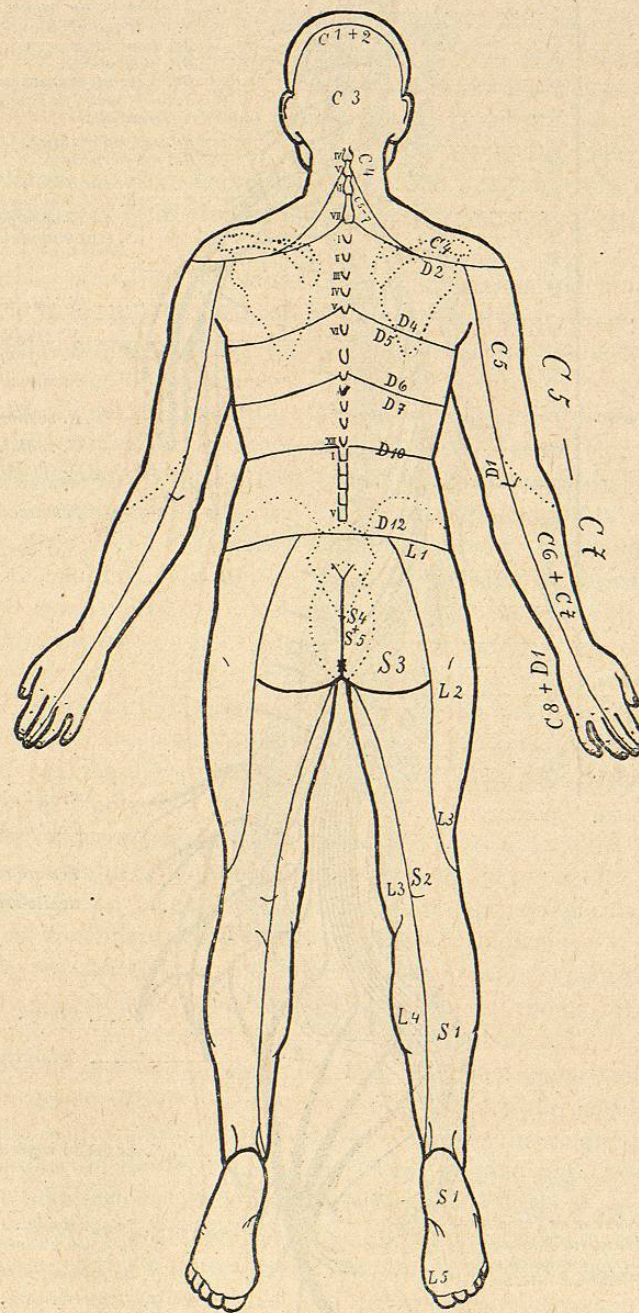


FIG. 298. — Innervation radulaire de la peau; face postérieure (d'après Seiffer, 1901) (1).

autre point plus ou moins éloigné de celui qu'il indique. Il arrive même quel-

(1) Les figures 297 et 298 sont extraites d'un travail de Seiffer (Das Spinale Sensibilitätsschema zur Segmentdiagnose der Rückenmarkskrankheiten. *Arch. f. Psych.*, Bd XXXIV, H. 2), et reproduites d'après un schéma établi spécialement pour l'emploi pratique au lit du malade.

quefois dans ces cas que le patient indique faussement un point sur le

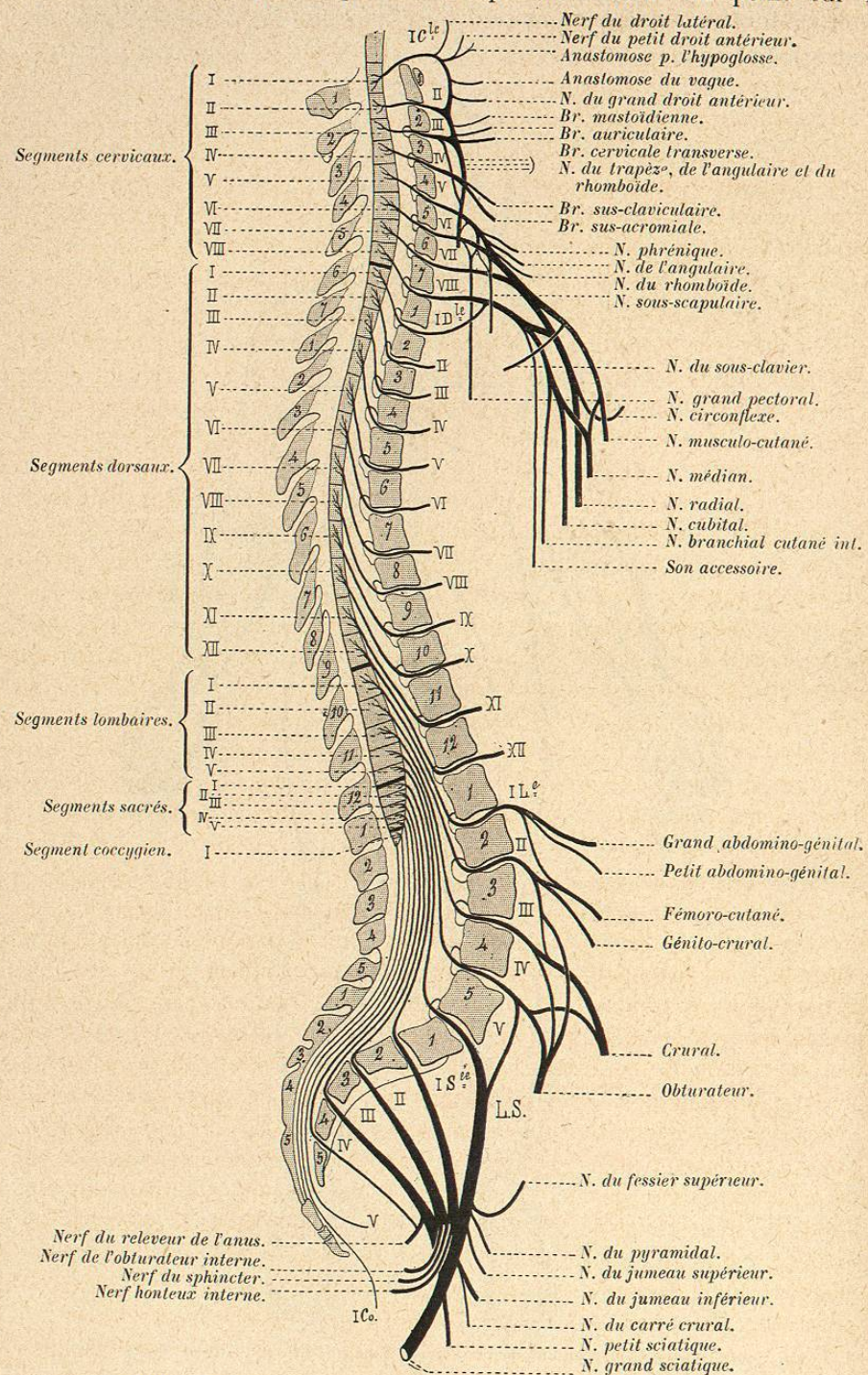


FIG. 299. — Constitution radiculaire des plexus. Rapports anatomiques existants : 1° entre les segments médullaires et les corps vertébraux; 2° entre l'origine spinale des nerfs rachidiens et les apophyses épineuses des vertèbres. — Co I, nerf coccygien (d'après Déjerine).

côté opposé du corps, à peu près symétrique de celui qui a été excité. L'anesthésie, rarement absolue dans tous ses modes, peut cependant les

affecter tous, et aussi bien pour la sensibilité superficielle que pour la sensibilité profonde. Elle s'établit progressivement, débutant quelquefois par la périphérie d'un membre pour remonter vers sa racine. Elle intéresse d'abord le tact, puis la température. La sensibilité à la douleur persisterait la dernière (Michaud). Mais cet ordre n'a rien d'absolu et Charcot a vu la sensibilité thermique disparaître la première. L'analgésie complète est cependant relativement rare.

On a constaté dans un certain nombre de cas la dissociation dite syringomyélique de la sensibilité (Edsall⁽¹⁾, Vines⁽²⁾, Marinesco, Déjerine⁽³⁾, Van Gehuchten⁽⁴⁾). Cette dissociation serait due à la lésion des faisceaux de Gowers, suivant l'hypothèse de Van Gehuchten et de Brissaud, hypothèse qui n'est point admise par Déjerine.

Ces troubles sensitifs, qui laissent le plus souvent indemnes les membres inférieurs, à moins que la partie tout à fait inférieure de la moelle dorsale ne soit intéressée, prennent dans le cas actuel beaucoup moins d'importance que dans la compression de certaines autres régions de la moelle. Les zones d'anesthésie, généralement du type radiculaire, occupent le thorax, à différentes hauteurs suivant le siège de la compression. La limite supérieure de l'anesthésie permet de reconnaître à quel niveau siège l'agent de compression de la moelle. Nous renvoyons pour le diagnostic du siège au tableau de la page 875 et aux figures des pages 874 à 879. Mais il ne faut pas croire que la limite de l'anesthésie soit toujours d'une netteté absolue. Le passage du territoire anesthésié aux régions saines peut se faire insensiblement sans transition brusque, ni régulière. A ce propos, on peut donner comme exemple le cas d'Eichhorst, cité par Parmentier, dans lequel le territoire anesthésique situé au-dessous de la lésion était séparé du territoire supérieur, indemne, par une bande transversale d'hyperesthésie, de deux ou trois centimètres. Cette zone intermédiaire, en ceinture, n'était pas régulière dans le sens vertical, mais plus large dans certains points que dans d'autres.

5° Période de paralysie avec contracture. — On a vu plus haut que cette période peut manquer, dans certains cas bénins, où la moelle, bien que nettement comprimée, au point de donner lieu à une paraplégie flasque intense et durable, n'est cependant pas profondément lésée (Babinski).

Lorsqu'ils surviennent, ce qui a lieu dans la grande majorité des cas, les phénomènes spasmodiques peuvent débiter plus ou moins tôt après l'apparition du trouble du mouvement. Cela dépend de l'intensité de la compression et de la rapidité de la lésion produite par elle, lésion en conséquence de laquelle s'effectue la dégénération du faisceau pyramidal, dont ils sont l'expression clinique. On les voit apparaître au bout de trois semaines dans les cas rapides, de six semaines ou de deux mois dans les cas les plus habituels. En tout cas, lorsqu'ils se manifestent, ils sont la preuve indéniable de la participation de la moelle, que seuls ils indiquent, tous les autres phénomènes : anesthésie, douleurs et même paralysie pouvant relever, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de la seule lésion des racines. Il est vrai que cela est relativement rare.

Tout d'abord les réflexes rotuliens s'exagèrent, et l'on voit se manifester la trépidation épileptoïde des pieds, le signe de Babinski. Puis surviennent des

(1) EDSALL. *Soc. neurol. de Philadelphie*, 20 décembre 1897.

(2) VINES. *Romania med.*, 1898.

(3) DÉJERINE. *Progrès méd.*, 1898.

(4) VAN GEUCHTEN. *Semaine méd.*, 1899.