

2° Dans certains cas, une absence complète de troubles de la sensibilité, qui reste absolument normale. Dans d'autres cas, au contraire, il existe dans tout le côté paralysé une hyperesthésie quelquefois assez considérable. Le sens musculaire peut être, suivant les sujets, conservé ou diminué dans les parties paralysées.

3° Une zone étroite d'anesthésie plus ou moins marquée, juste au-dessus du territoire hyperesthésique. Cette anesthésie est due à la lésion des racines rachidiennes postérieures du côté lésé, qui sont en rapport avec l'agent de la compression, dont elles subissent les effets directs.

4° Une autre zone supérieure à la précédente, dans laquelle on constate un certain degré d'hyperesthésie. Cette dernière est généralement bilatérale et sous la forme d'une ceinture à peu près complète.

5° Dans les parties paralysées, des troubles trophiques de la peau, des muscles (atrophie musculaire), des articulations, le décubitus aigu, etc..., et enfin des troubles vaso-moteurs: rougeur de la peau, élévation de la température locale.

*Du côté opposé à la lésion, on trouve:*

1° L'intégrité absolue de la motilité, des réflexes, etc., en un mot l'absence de tous les signes qui viennent d'être énumérés du côté correspondant à la lésion.

2° Une anesthésie généralement complète, portant sur tous les modes de la sensibilité, avec conservation habituelle du sens musculaire. Cette anesthésie est quelquefois bordée en haut par la ceinture d'hyperesthésie dont nous venons de parler. Son niveau supérieur est en rapport avec le siège de la lésion dans le sens vertical. Au-dessus on observe l'état normal des deux côtés.

Brown-Séguar a remarqué que, lorsque l'altération siège vers la troisième paire sacrée, il y a perte de la sensibilité des deux côtés de l'aîne, au périnée, aux genoux. Les arthropathies, l'atrophie musculaire, siègent alors du côté de la lésion, avec les troubles trophiques. L'escarre, au contraire, se produit du côté des troubles de la sensibilité.

Il est absolument exceptionnel que le syndrome de Brown-Séguar se maintienne ainsi pur et typique pendant toute la durée de l'évolution de la lésion qui produit la compression de la moelle. A ce degré de pureté il résulte de la section hémilatérale de l'organe. Mais dans le cas de compression on comprend que les symptômes qui le composent puissent ou bien être plus ou moins mal indiqués en partie, ou bien se mélanger d'autres phénomènes dus à l'extension de la compression ou à des dégénération secondaires<sup>(1)</sup>. Malgré tout, il présente une grande valeur diagnostique dans bien des cas.

**Marche. Durée. Terminaisons. Pronostic.** — L'évolution de la compression médullaire et par suite des signes qui la caractérisent, ainsi que le pronostic qui s'y attache, dépend essentiellement de l'agent producteur de la compression. Il est facilement compréhensible que la marche de la maladie devra différer notablement dans le cas de tumeur bénigne des méninges, dans celui de pachyméningite tuberculeuse consécutive au mal de Pott, et dans celui de carcinose vertébrale.

Dans bon nombre de faits, il y a lieu de remarquer la longue durée des phénomènes douloureux de la période initiale, qui rend souvent le diagnostic assez

<sup>(1)</sup> LONDE. Double syndrome de Brown-Séguar dans le mal de Pott. *Revue neurol.*, 1898, p. 556.

difficile. Ces phénomènes douloureux peuvent quelquefois subir des exacerbations, tantôt sans raison apparente, tantôt en connexion avec certains états. C'est ainsi que dans certaines tumeurs vasculaires, siégeant en particulier dans la région lombo-sacrée, on observe quelquefois une aggravation notable des douleurs pendant la période menstruelle. Cette exacerbation est due à la congestion des vaisseaux pelviens et rachidiens retentissant sur le système vasculaire de la tumeur et augmentant momentanément la compression.

La durée est extrêmement variable. Elle dépend absolument de l'agent qui produit la compression.

La terminaison fatale peut survenir, soit par l'aggravation graduelle des symptômes, les escarres, les troubles urinaires, soit par le fait du trouble général résultant de la nature de l'agent de la compression (carcinose vertébrale, tumeurs malignes des méninges), soit par quelque affection intercurrente, pneumonie, tuberculose, etc... En tout cas, on paraît mourir moins souvent de la moelle elle-même que de phénomènes étrangers à cet organe. C'est ainsi qu'un individu atteint de mal de Pott avec paraplégie succombe plus ordinairement à la généralisation de la tuberculose ou à son extension aux poumons qu'aux troubles résultant de la compression médullaire. Il en est de même en ce qui concerne le cancer vertébral ou les tumeurs méningées malignes.

Nous avons mentionné chemin faisant la possibilité d'une guérison réelle dans certains cas. Dans le mal de Pott, par exemple, le pronostic est relativement moins terrible qu'il pourrait paraître au premier abord. Dans les néoplasmes, lorsque la lente évolution des symptômes, leur stricte localisation et leur absence d'extension pourront faire penser à une tumeur bénigne, le pronostic est rendu plus favorable par la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Il est presque inutile d'ajouter, enfin, que le pronostic varie avec la région de la moelle atteinte. D'une façon générale, plus le siège de la compression est élevé, plus les phénomènes sont graves. A la région cervicale supérieure, ils sont d'une extrême gravité et peuvent entraîner rapidement la mort. Au contraire, les lésions et en particulier les tumeurs de la queue de cheval comportent le pronostic le plus bénin, en ce qui concerne la vie du malade, sinon au point de vue de l'intensité des manifestations douloureuses.

**Diagnostic.** — I. **Diagnostic de la compression.** — a) Le terme de pseudo-névralgies qui sert à caractériser les douleurs de la première période de la compression de la moelle, montre qu'il faudra se garder au début de confondre cette maladie avec les diverses névralgies simples. Dans les premiers temps surtout, lorsque la compression n'affecte encore qu'un seul côté, il sera quelquefois difficile de faire le diagnostic avec la *névralgie cervico-brachiale*, la *névralgie intercostale*, le *lumbago*, la *sciaticque*. Mais, à moins de lésion strictement unilatérale de la moelle, ce qui est relativement rare, les phénomènes douloureux s'étendront bientôt aux deux côtés, et alors on aura affaire à des *névralgies doubles*, lesquelles attirent tout de suite l'attention et font penser qu'il y a autre chose qu'une névralgie idiopathique, rhumatismale par exemple.

Mais, dans ce cas, il faudra songer à éliminer toutes les causes de compression des filets nerveux hors de la colonne vertébrale après leur sortie des troncs de conjugaison (tumeurs, abcès, anévrysmes). C'est surtout en ce qui concerne la *sciaticque double* que l'on devra avoir l'attention en éveil. Un examen minutieux permettra alors la plupart du temps de reconnaître la présence ou l'ab-

sence d'une tumeur ou d'une affection du petit bassin et des organes qu'il contient, l'utérus, les ovaires, etc.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, on ne devra jamais négliger, même dans cette première période et en l'absence de grosse déformation de la colonne vertébrale, d'examiner localement cette dernière avec précision. Souvent alors on constatera l'existence d'une légère déviation inappréciable à première vue, ou la présence d'un point douloureux fixe, de peu d'étendue, réveillé par la pression ou les mouvements. Ce dernier phénomène se rencontre souvent, tout d'abord dans le mal de Pott sans déviation et aussi quelquefois dans certaines tumeurs.

b) Lorsque la paraplégie est constituée, le diagnostic devient en général plus facile. Nous avons vu que, sauf quelques cas assez rares, la phase de paraplégie flasque est relativement courte. L'erreur commise à ce moment sera donc de peu de durée, l'apparition plus ou moins rapide de l'élément spasmodique venant forcément modifier le diagnostic. Quoi qu'il en soit, on évitera à cette période la confusion avec le *tabes*, la *myélite chronique diffuse*, la *myélite transverse*, les *névrites périphériques*, l'*hystérie*.

La paraplégie est relativement rare dans le *tabes*. Mais les phénomènes douloureux (douleurs fulgurantes, douleurs en ceinture) y tiennent une place importante, ainsi que les troubles urinaires et les lésions de la sensibilité. Mais tout d'abord ces dernières n'y affectent point les mêmes localisations que dans la compression de la moelle. De plus, l'évolution des symptômes est bien différente, la paraplégie est souvent plus rapide et enfin, s'il s'agit de *tabes*, on constatera l'un quelconque des signes dont l'ensemble est caractéristique : paralysies oculaires, ptosis, signe d'Argyll Robertson, incoordination motrice, etc.

Dans la *myélite diffuse*, outre que l'évolution est beaucoup plus rapide en général, les troubles de la sensibilité et de la motilité marchent plus de pair, sans qu'ils aient été précédés d'une phase purement douloureuse. L'atrophie musculaire est plus rapide et plus considérable. Les troubles trophiques (escarres) sont plus précoces.

L'évolution toute particulière de la *myélite transverse*, partielle ou totale, de l'*hématomyélie*, permettrait en général de les éliminer assez facilement : pas de période douloureuse antécédente, début aigu ou subaigu de la maladie, existence antérieure fréquente d'une maladie infectieuse, intensité rapide de la paralysie et précocité des troubles de la sensibilité.

Quant aux *névrites périphériques*, caractérisées par des douleurs et des paralysies, on aura souvent l'étiologie pour se guider (alcool, plomb, infections diverses, etc.). Les douleurs ne sont pas exactement semblables, affectent moins la forme névralgique, s'accompagnent d'une hyperesthésie plus marquée de la peau et des tissus sous-jacents (pression des masses musculaires). L'atrophie musculaire, franchement dégénérative, est plus précoce et plus marquée, ainsi que les troubles de la sensibilité. Enfin l'évolution est tout autre et jamais on n'y constate l'apparition ultérieure de l'élément spasmodique.

Nous reviendrons plus loin sur le diagnostic avec l'*hystérie*.

c) Lorsque l'affection en est arrivée à la phase de paraplégie spasmodique, on pourra penser à la *myélite transverse*, à la *sclérose en plaques*, à la *sclérose latérale amyotrophique*, ou à l'*hystérie*. Mais, à vrai dire, le diagnostic à ce moment n'offre plus que de bien moindres difficultés.

Cependant la *sclérose en plaques*, dans sa forme purement spinale, pourra être quelquefois assez difficile à distinguer. Le tremblement caractéristique fait

défaut dans cette forme, mais, à l'inverse de la paraplégie par compression, celle de la sclérose en plaques est dès le début spasmodique, jamais d'ailleurs aussi complète que celle-là. De plus, il n'y a que peu ou point de phénomènes douloureux coexistant avec la paralysie ou l'ayant précédée, pas de troubles de la sensibilité.

L'évolution toute particulière de la *sclérose latérale amyotrophique* doit toujours permettre d'éviter l'erreur : élément spasmodique d'emblée, amyotrophie précoce, intense; envahissement plus ou moins rapide, quelquefois primitif, du bulbe; absence complète de troubles de la sensibilité et de paralysie des sphincters.

L'*hystérie* peut simuler à s'y méprendre la compression de la moelle (Charcot, Souques), soit par le fait d'une paraplégie flasque, accompagnée de douleurs, soit par la création d'un syndrome presque identique au mal de Pott, sans déviation vertébrale (douleur vertébrale, pseudo-névralgies, atrophie musculaire, paraplégie spasmodique). C'est le *pseudo-mal de Pott hystérique* (Audry). Mais, d'un développement souvent brusque, à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, d'une attaque, il n'évolue pas régulièrement comme la compression vraie de la moelle, et peut quelquefois être modifié par une attaque, l'hypnotisme, les agents esthésiogènes. La douleur locale de la région vertébrale affecte quelquefois les caractères d'un véritable point hystérogène. Les altérations de la sensibilité sont massives et affectent la forme « en segments de membres » comme dans toutes les paralysies hystériques. Les troubles sphinctériens manquent complètement. Enfin, on trouvera toujours, dans le cas d'*hystérie* simulatrice de la compression médullaire, quelque stigmate important de la névrose : rétrécissement concentrique du champ visuel, attaques, etc., etc.

Il est bon de noter que l'on a vu l'*hystérie* coexister avec le mal de Pott vrai. Cette combinaison peut rendre le diagnostic assez ardu dans certaines circonstances, comme dans ce cas, par exemple, où la névrose se manifestait sous la forme d'une paraplégie hystérique, qui était venue prendre la place et les apparences d'une paraplégie par compression guérie (Charcot, Georges Guinon)<sup>(1)</sup>.

d) Il existe une catégorie de lésions médullaires souvent fort difficiles à distinguer de la compression vraie : ce sont les *tumeurs de la moelle*.

S'il s'agit de *gliome* de la moelle et en particulier du gliome central, la distinction sera en général assez simple. La paraplégie, quand elle existe, est variable tantôt flasque, tantôt spasmodique, quelquefois spasmodique d'un côté, flasque de l'autre. L'atrophie musculaire, souvent systématisée, reproduisant la forme de la maladie de Duchenne-Aran, prend une importance qu'elle n'a pas dans la compression de la moelle. Enfin, et par-dessus tout, on constate dans le gliome médullaire ce signe capital de la *syringomyélie*, à savoir la dissociation de la sensibilité : persistance de la sensibilité au contact, analgésie, thermo-anesthésie.

Il ne faut pas oublier cependant, ainsi que nous l'avons signalé chemin faisant, que cette dissociation de la sensibilité peut se rencontrer également parmi les troubles de la sensibilité relevant de la compression médullaire.

Le *tubercule solitaire de la moelle* peut, lorsqu'il est volumineux, se manifester par une phase de phénomènes douloureux, mais moins intenses et moins nets que dans la compression médullaire. Lorsqu'il est petit, ce sont plutôt à des

(1) GEORGES GUINON. Les agents provocateurs de l'hystérie. Thèse de Paris, 1889.

phénomènes de myélite transverse plus ou moins modifiés que l'on a affaire. La méningite tuberculeuse rachidienne ou cérébro-spinale qui se produit quelquefois consécutivement n'est pas faite en général pour éclairer le diagnostic, qui reste en tout cas extrêmement difficile.

II. **Diagnostic de la cause.** — Ce n'est pas tout de reconnaître qu'il existe dans un cas donné une compression de la moelle, il faut encore savoir quel est l'agent qui produit cette compression. Or il est un phénomène qui peut dès l'abord guider grandement le médecin dans la découverte de la cause : c'est la présence ou l'absence d'une déformation de la colonne vertébrale, facilement reconnaissable en général, mais qu'il faudra toujours rechercher avec soin, car dans son plus faible degré elle pourrait quelquefois passer inaperçue.

a) *S'il existe une déviation vertébrale*, laissant de côté les abcès, les anévrysmes, qui peuvent, dans des cas très rares, venir faire saillie hors du canal rachidien et qui se reconnaîtront à leurs symptômes propres, on n'aura guère affaire, dans la pratique ordinaire, qu'à deux affections distinctes : le cancer et la tuberculose de la colonne vertébrale ; et encore, dans l'une et l'autre de ces deux maladies, la plupart du temps la déformation osseuse sera différente.

Dans le cancer vertébral la déformation se présente rarement sous la forme d'une déviation angulaire comprenant un très petit nombre de vertèbres. Au contraire, on aura plutôt affaire à une sorte de tassement de la colonne vertébrale, avec effacement des courbures normales et diminution de la taille <sup>(1)</sup>. Mais à côté de cela d'autres signes encore plus nets permettront de formuler le diagnostic. En ce qui concerne les signes mêmes de la compression médullaire, c'est l'intensité et la persistance des phénomènes douloureux (*paraplégie douloureuse des cancéreux* de Charcot). En outre, bien plus que le mal de Pott, la carcinose est l'apanage de l'âge avancé, quoique à cet égard, d'un côté comme de l'autre, il puisse y avoir de nombreuses exceptions. La cachexie rapide avec teinte jaune paille de la peau, les œdèmes, la phlegmatia, appartiennent au cancer. Enfin il arrivera le plus souvent que, la carcinose vertébrale étant très rarement primitive, on retrouvera dans les antécédents l'existence de quelque cancer opéré, dont la cicatrice sera encore visible sur les téguments (sein, testicule, etc.).

Le mal de Pott présente une déviation vertébrale, qui, lorsqu'elle existe, est généralement angulaire et comprend un nombre de vertèbres très limité. On le rencontre de préférence chez les sujets jeunes. Son évolution est beaucoup plus lente que celle du cancer. La cachexie est moins rapide. En outre, on trouve souvent chez le malade porteur d'un mal vertébral, d'autres localisations de la tuberculose, par exemple dans les poumons, dans les testicules, etc. En ce qui touche les signes de la compression médullaire elle-même, on note une intensité relativement moindre des douleurs et surtout la possibilité d'une guérison qui est inconnue dans le cancer vertébral. Enfin, localement, on constate, et cela quelquefois très longtemps avant les premiers signes de la compression médullaire, les symptômes propres de la maladie des vertèbres : douleur locale spontanée et à la pression, gêne des mouvements, immobilisation de la colonne vertébrale, etc.

b) *S'il n'existe pas de déviation vertébrale*, tout ce que nous venons de dire touchant la tuberculose du rachis peut s'appliquer aux cas de mal de Pott sans

<sup>(1)</sup> GEORGES GUINON. Un cas de carcinose vertébrale. *Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, 1890, p. 75.

*déformation de la colonne vertébrale.* Dans cette hypothèse, le signe presque pathognomonique manquant, on devra principalement porter son attention sur les autres phénomènes : les caractères de la paraplégie, la présence de la tuberculose dans d'autres organes, et surtout les symptômes locaux.

Ce diagnostic éliminé, ainsi que celui très rare d'ostéome <sup>(1)</sup> ou d'exostose syphilitique, qui ne pourra guère être porté que par exclusion et s'il existe ailleurs des traces bien nettes de syphilis, il ne reste plus guère que les tumeurs des enveloppes de la moelle. La distinction est loin d'être toujours facile à faire entre elles.

Les kystes hydatiques sont rares. A un moment donné de leur évolution, ils peuvent venir faire saillie sous les téguments. D'autres fois, ils font pour ainsi dire irruption tout d'un coup en un point du canal rachidien, et alors, après avoir assisté pendant un certain temps aux phénomènes de la compression lente, on se trouve en présence des signes de la compression brusque. Une indication précieuse, dans les cas de ce genre, est la présence d'une tumeur de même nature en un autre point du corps.

En ce qui concerne les autres tumeurs, le plus important est de savoir si elles sont bénignes ou malignes, en raison des indications ou contre-indications qui en découlent au point de vue d'une intervention chirurgicale. Si l'on se reporte à la classification schématique que nous donnions au chapitre de l'Étiologie (voir p. 858), on voit que les plus favorables au point de vue du pronostic sont les tumeurs circonscrites, donnant par conséquent naissance à des signes nets, circonscrits, indiquant un siège bien déterminé. Parmi celles-là, on trouve en général le fibrome, le psammome, le lipome, le sarcome bénin, etc. Les différencier les unes des autres est une tâche le plus souvent impossible. On pourrait, paraît-il, tirer quelques indications de l'âge (Horsley). Les groupes des deuxième et troisième catégories comprennent pour les uns des néoformations multiples, mais bénignes comme les précédentes, et pour les autres des tumeurs malignes (*sarcome encéphaloïde, myxome*, etc.). La diffusion des signes, dans l'un et l'autre cas, leur rapidité et leur gravité dans le second, permettront de les distinguer et par conséquent d'éviter l'intervention du chirurgien. Quant à faire le diagnostic de la nature exacte du néoplasme, cela est la plupart du temps fort difficile, sinon impossible <sup>(2)</sup>.

Sous le nom de *radicalgies* et de *radiculites méningopathiques*, Chipault a décrit une forme de compression limitée aux racines et sous la dépendance de lésions d'origine spécifique ou rhumatismale localisées aux méninges molles. L'épaississement des méninges a été constaté par lui plusieurs fois au cours de l'intervention chirurgicale. Cette forme se caractériserait par la topographie nettement radiculaire de la douleur et par l'absence d'autres troubles nerveux, sinon des troubles surajoutés (neurasthénie, morphinomanie, dans deux cas). C'est ce caractère, qui, lorsqu'il est bien net, permettrait de distinguer cette forme des autres causes de compression soit de la moelle, soit des racines. Lorsqu'on a affaire à ces radicalgies d'origine méningée, le diagnostic est d'autant plus important à établir que Chipault a obtenu plusieurs fois la gué-

<sup>(1)</sup> CASELLI. Sur un cas de compression de la moelle par un ostéome ; résection de plusieurs vertèbres dorsales ; guérison. *X<sup>e</sup> Congrès de la Soc. ital. de chir.*, octobre 1895.

<sup>(2)</sup> Voir au sujet de cette question du diagnostic des tumeurs : OUSTANIOL. Thèse citée. — GOWERS et HORSLEY. A case of tumour of the spinal cord ; removal ; recovery. *Med. Chir. Trans., publ. by the Roy. Med. and Chir. Soc. of London*, vol. LXXI, 1888.