

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⁽¹⁾. 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

(1) 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⁽¹⁾ 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⁽²⁾.

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-

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

(2) 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.

raison par l'intervention chirurgicale (laminectomie, résection intradurale des racines)⁽¹⁾.

III. **Diagnostic du siège.** — Il ne suffit pas de savoir à quelle hauteur de la moelle siège la compression (voir à ce sujet le chapitre : *Symptomatologie*), il faut encore, et cela surtout au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, pouvoir se rendre compte en quel point de la circonférence de la moelle se trouve l'agent de la compression : en avant, en arrière ou sur les côtés.

La *compression unilatérale*, on l'a vu, se manifeste par le syndrome de Brown-Séquard. Mais quelquefois, bien que la tumeur, par exemple, soit en rapport avec l'une des parties latérales de la moelle, ce syndrome fait défaut à l'état de pureté. C'est alors par la prédominance des symptômes sur l'un des côtés que l'on arrivera à un diagnostic approximatif. A ce point de vue, Oustaniol, sur 55 cas de tumeur latérale de la moelle, a trouvé :

Symptômes débutant du côté de la tumeur.	25 cas.
— prédominants de ce côté.	8 —
— passant plus tard au côté opposé.	17 —
Syndrome de Brown-Séquard.	5 —

Il faut ajouter à ces cas, et avoir toujours présents à l'esprit, ceux où les symptômes débutent et prédominent du côté opposé à la tumeur. Dans ces cas, en apparence paradoxaux, la moelle est violemment comprimée du côté opposé à la tumeur contre la paroi du canal osseux (cas de Scherb, kyste hydatique).

Il est beaucoup plus difficile de savoir si la compression porte sur la partie *antérieure* ou *postérieure* de la moelle. Les signes sont les mêmes dans la majorité des cas. Les tumeurs situées en avant paraissent donner lieu à des phénomènes douloureux à peu près aussi intenses que les autres. Lorsqu'ils manquent presque complètement (cas à peu près unique d'Oustaniol), c'est une forte présomption en faveur de l'hypothèse d'une compression de la région antérieure. Lorsqu'on observe la prédominance de certains troubles sensitifs tels que retard de la perception, localisation défectueuse des sensations, ou l'incoordination des mouvements, on est en droit de penser à la localisation de la compression à la partie postérieure de la moelle.

Dans la tuberculose vertébrale, il serait également quelquefois possible de savoir, par certaines différences dans la paraplégie, si la lésion a envahi dès l'abord et occupe la partie antérieure (corps vertébraux) ou postérieure (lames) du rachis. Dans le premier cas (paraplégie antérieure), il y aurait prédominance des troubles moteurs; dans le second (paraplégie postérieure), au contraire, précocité et prédominance des troubles sensitifs (Chipault, Roberts)⁽²⁾.

Traitement. — Le véritable traitement curatif de la compression de la moelle est l'opération chirurgicale qui en supprime la cause. Nous ne ferons que le mentionner ici, car il sort des limites de notre cadre⁽³⁾. Mais encore faut-il connaître les cas, assez nombreux à la vérité, dans lesquels il paraît absolument contre-indiqué d'y avoir recours. S'il s'agit de tumeurs de la moelle,

⁽¹⁾ CHIPAULT. *Bull. méd.*, 1902, p. 298. — *Soc. de neurol.*, 6 février 1902. — *Aead. de méd.*, 18 février 1902.

⁽²⁾ ROBERTS. A case of primary tuberculosis of the laminae, etc. *Ann. of surgery*, 1894.

⁽³⁾ Voir au sujet du traitement chirurgical : CHIPAULT. *Arch. gén. de méd.*, décembre 1890; *Revue de chir.*, juillet 1891; *Gaz. des hôp.*, 1890 et 1895. — BAZY. *Congrès de chirurgie*, 1891. — OUSTANIOL. *Loc. cit.* — GOWERS et HORSLEY. *Loc. cit.*, etc., etc.

il ne faut songer à l'opération que si l'on est en présence, de façon non douteuse, d'une tumeur bénigne et ne s'étendant qu'à une portion limitée du canal rachidien (Oustaniol, Schultze)⁽¹⁾. Si l'on a affaire à des tumeurs malignes, les résultats sont tellement mauvais qu'il est préférable de renoncer à toute intervention (Kirmisson : 15 morts sur 25 cas).

Dans la compression par suite d'anciens traumatismes, fractures, esquilles osseuses, l'opération semblerait mieux indiquée. Mais la statistique est encore ici assez peu encourageante (Chipault : sur 150 cas, 110 succès, dont 80 suivis de mort, 12 guérisons, le reste amélioré).

Dans le mal de Pott, s'il a été possible d'obtenir quelques résultats heureux à l'aide de l'opération sanglante ou du redressement (Calot : 5 cas avec paraplégie guéris)⁽²⁾, la plupart des auteurs considèrent dans l'immense majorité des cas toute intervention du chirurgien comme contre-indiquée. Broca et Mouchet⁽³⁾ estiment que le redressement doit être proscrit formellement dans toutes les gibbosités anciennes et ankylosantes, et que dans celles de formation récente il ne présente guère d'avantages. D'après Rozay⁽⁴⁾, le traitement opératoire et le redressement constituent des traitements d'exception applicables seulement à un très petit nombre de cas.

Reste le traitement médical. Il variera, suivant les circonstances, surtout au point de vue du résultat qu'on en peut attendre. Dans les cas de compression que l'on peut supposer provenir des méninges ou d'une tumeur bénigne, il sera toujours indiqué d'essayer le traitement antisyphilitique, quitte à recourir à tous autres moyens s'il reste inefficace.

Dans le cas de mal de Pott, la disparition de la compression peut être obtenue quelquefois par le séjour prolongé au lit, l'application des appareils, les pointes de feu le long du rachis au niveau du point malade. En tout cas, ces moyens amèneront la plupart du temps le soulagement. On ne négligera pas non plus le traitement général : huile de foie de morue, toniques, etc.

Chez les sujets atteints de cancer vertébral, il ne faut pas hésiter à recourir aux injections hypodermiques de morphine pour calmer les souffrances épouvantables de la paraplégie douloureuse, lorsque le repos complet au lit et les appareils ne suffisent pas.

Dans les autres cas, il faut surtout s'efforcer de pallier les accidents produits par la compression et en particulier les douleurs, à l'aide de l'opium, l'antipyrine, la phénacétine, etc. Les bromures à dose suffisante (5 grammes par jour au moins chez l'adulte) pourront être de quelque secours lorsque la paraplégie spasmodique atteint un certain degré d'intensité. L'électricité ne devra être employée que dans les cas de paraplégie flasque, ou dans la période d'amélioration, lorsque l'élément spasmodique aura disparu.

Enfin on veillera soigneusement à prévenir par une antiseptie rigoureuse les accidents qui peuvent résulter de la paralysie des sphincters et en particulier les troubles vésicaux. On évitera ainsi l'infection urinaire ou fécale, la formation des escarres et la septicémie consécutive, qui sont très souvent les causes de la mort chez les malades atteints de compression lente de la moelle.

⁽¹⁾ SCHULTZE. *Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk.*, XVI, 1 et 2.

⁽²⁾ CALOT. *Acad. de méd.*, 20 mai 1898.

⁽³⁾ BROCA et MOUCHET. *Gaz. hebdom.*, 19 août 1900.

⁽⁴⁾ ROZAY. Thèse de Paris, 1901.