



CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

L'HÉMATOMYÉLIE

PAR

VENCESLAS HERTYK

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE POUR OBTENIR
LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



GENÈVE

IMPRIMERIE LAPONNIER ET STUDER, ROUTE DE CAROUGE

1892

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

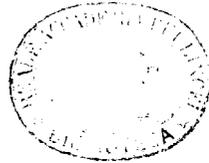
L'HÉMATOMYÉLIE

PAR

VENCÉSLAS HERTYK

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE POUR OBTENIR
LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



GENÈVE

IMPRIMERIE TAPONNIER ET STUDER, ROUTE DE CAROUGE

1892

La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente thèse, sans entendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées.

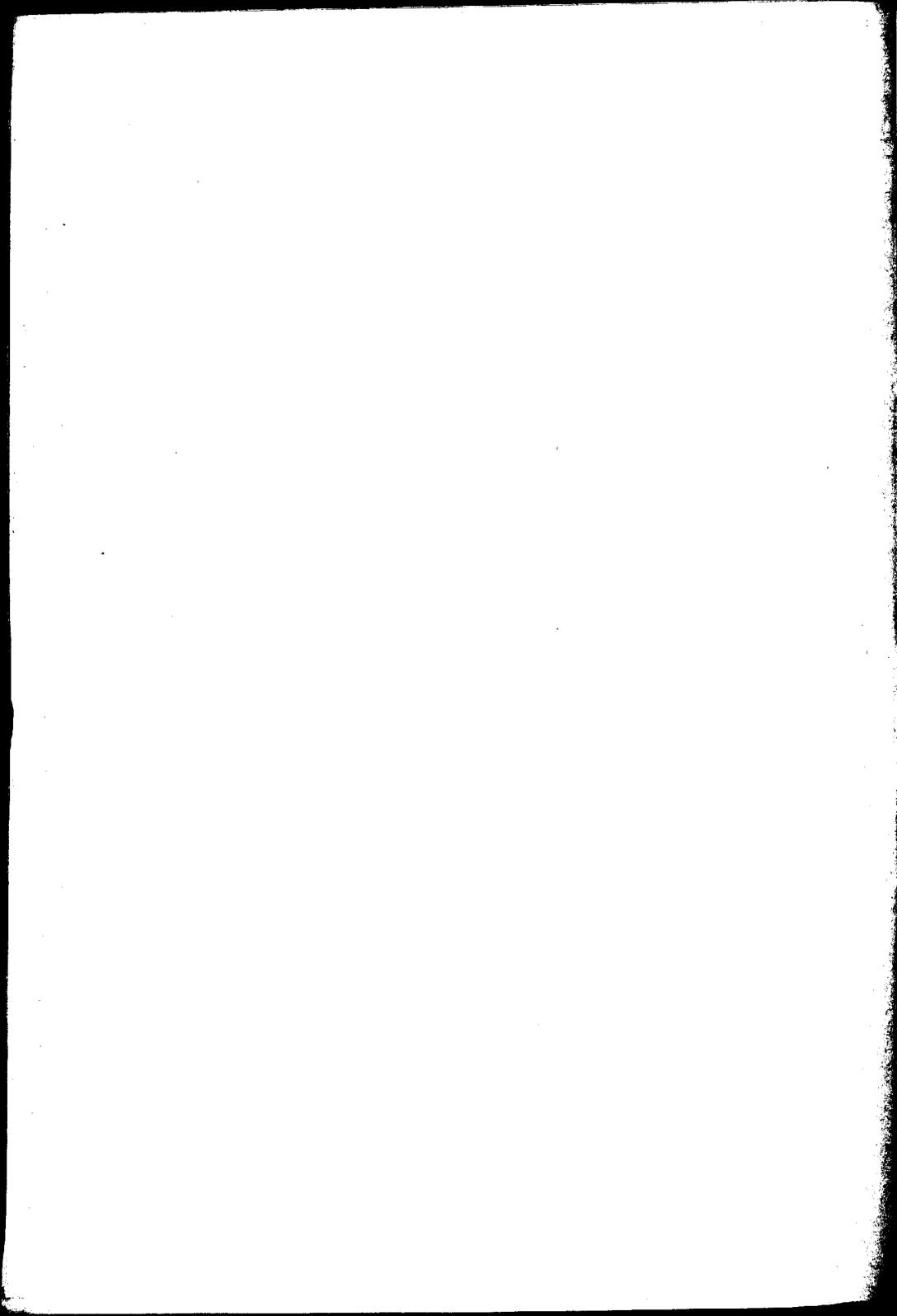
Genève, le 6 février 1892.

Dr Prof. LASKOWSKI.

À mon Maître vénéré

M. LE PROFESSEUR L. REVILLIOD

*Hommage respectueux d'estime
et de reconnaissance.*



INTRODUCTION

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord que l'hémorrhagie primitive dans la substance médullaire est une affection rare. Telle n'était pas l'opinion des auteurs de la première moitié de notre siècle qui décrivaient sous le nom d'apoplexie sanguine de la moelle épinière toutes les extravasations du sang qui peuvent se produire dans cet organe. Toutes les fois qu'à une autopsie, quelle qu'eût été la cause de la maladie ou même de l'accident, on voyait du sang dans le centre médullaire, on rangeait immédiatement le fait dans l'apoplexie ou l'hémorrhagie.

Le premier travail sur ce sujet se trouve dans le traité des maladies de la moelle épinière d'Ollivier d'Angers. Viennent ensuite les nombreuses observations publiées par Cruveilhier, Hutin, Levier et d'autres.

Tous ces cas sont réunis dans la thèse d'agrégation de Hayem, soutenue à la Faculté de Médecine de Paris en 1872. Dans ce travail, Hayem passa en revue toutes les observations d'hématomyélie regardées comme telles jusqu'à cette époque et conclut que la science ne possède aucun fait irrécusable d'hématomyélie primitive : « De sorte que, dit-il, si on voulait décrire exclusivement sous le nom d'hémorrhagie médullaire une maladie dont la lésion correspondrait

complètement à celle de l'hémorrhagie cérébrale, il faudrait quant à présent, abandonner cette prétention. »

Charcot lui-même appuie cette opinion de Hayem et admet que dans la moelle épinière l'épanchement sanguin s'opère dans un tissu modifié préalablement par un travail inflammatoire. Pour ces auteurs, jusqu'en 1872 l'hématomyélite régnait seule aux dépens de l'hématomyélie.

Au congrès de Genève de 1877 une observation présentée par MM. Proust et Joffroy venait encore confirmer cette opinion. Dans la discussion qui s'en suivit et à laquelle prirent part MM. Hayem, Bouchard, Hardy, Valenzuela et Bouchut, ce dernier seul admit l'existence de l'hématomyélie.

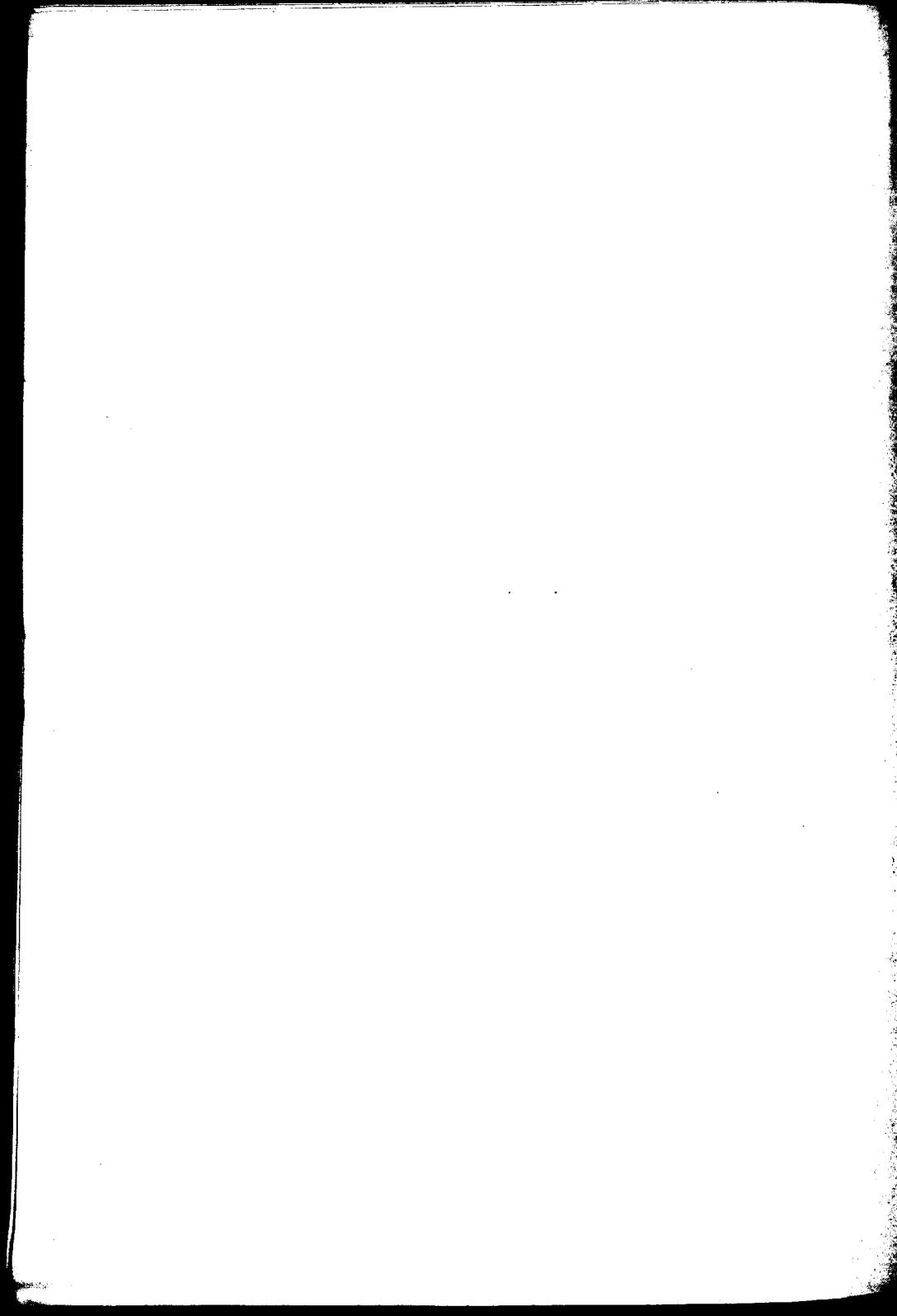
Cependant celle-ci trouva en 1879 un habile défenseur dans la personne de Vulpian. Reprenant les observations de Hayem, il admet que dans quelques cas « la myélite peut très bien être secondaire et s'être développée à la suite de l'irritation que l'hémorrhagie a déterminé dans la moelle. » (Maladies du système nerveux, T. I, p. 93).

Hammond, dans son traité des maladies du système nerveux, lui consacre un article qui ne laisse aucun doute sur son existence.

Leyden est aussi favorable à cette opinion et rattache à l'hématomyélie les cas de Hutin, Cruveilhier, Monod, Payen et Goldammer.

Parmi les observations qu'on trouve dans la littérature de ces dernières années, nous en avons choisi cinq, particulièrement intéressantes que nous rapporterons tout à l'heure en les rapprochant de celle que nous avons observée à la Clinique médicale de Genève,

et qui a été le sujet d'une leçon de M. le professeur Revilliod. Nous profitons de cette occasion pour lui adresser nos plus sincères remerciements pour ses conseils qui nous ont guidé dans l'élaboration de ce travail.



OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle*).

Madeleine B..., âgée de 20 ans, domestique. Père bien portant. Mère nerveuse ainsi que la sœur aînée. Bonne santé habituelle. Quoiqu'elle soit d'une constitution très robuste, son service de domestique l'expose à des travaux parfois au-dessus de ses forces. Règles abondantes, quelquefois deux fois par mois.

Le 11 janvier 1891, elle a eu ses règles. Le 15, elle se porte parfaitement bien. Le 16, elle se lève comme d'habitude, fait son travail du matin et ne ressent rien de particulier dans sa santé, sauf un peu de mal à la nuque. Elle sort de la cuisine où il fait très chaud pour aller faire sa toilette dans une chambre froide à l'étage au-dessus. Après s'être lavée avec de l'eau glacée, elle lève les bras pour se coiffer, mais subitement les bras refusent leur service et retombent inertes. Elle redescend aussitôt à la cuisine où on l'assied dans un fauteuil. Quelques instants après, elle veut se lever et constate que les jambes sont aussi paralysées. Le même jour la malade remarqua qu'elle avait perdu la sensibilité du côté gauche.

Dans la nuit du 16 au 17, les mouvements reviennent un peu dans le bras gauche. Le 17 janvier, le matin, la malade a réussi à remuer un peu la jambe

gauche. Le 18 janvier elle éprouve un peu de mal de tête. La douleur à la nuque s'exagère quand on ramène la tête en avant. Elle n'accuse d'ailleurs aucune autre douleur.

Depuis le moment de la paralysie la malade n'a pas eu de selle, mais la miction est normale. Pendant tout ce temps jusqu'à l'admission à l'hôpital, la malade n'a présenté aucun trouble de l'intelligence ni de la parole.

Le 19 janvier, c'est-à-dire le quatrième jour après le début des accidents, la malade est apportée en brancard à l'hôpital.

Elle n'a encore subi aucun traitement.

Status præsens. Jeune fille de forte constitution, a toutes les apparences d'une santé habituelle irréprochable. Elle donne elle-même avec lucidité les renseignements susdits. Elle soupire souvent, se plaint de mal de tête et d'une douleur à la nuque, qui ne lui permet pas de tenir sa tête droite. La pression sur l'apophyse épineuse de la 7^{me} vertèbre cervicale détermine de la douleur.

Les membres supérieur et inférieur du côté droit sont complètement paralysés et flasques. Cette paralysie de la motilité contraste avec une hypéresthésie, qui se manifeste par une sensation douloureuse réveillée par le moindre contact.

Les mouvements passifs sont aussi douloureusement perçus.

Les membres supérieur et inférieur du côté gauche sont aussi paralysés et flasques, mais d'une manière moins complète qu'à droite. La malade peut faire quelques mouvements des doigts et de la main.

Mais, tandis qu'à droite nous avons noté l'hypéresthésie, du côté gauche existe une anesthésie complète, qui intéresse les deux membres et le côté correspondant du tronc. Le tact est fortement émoussé, les piqûres d'aiguille ne sont pas perçues, la notion du froid et du chaud est abolie. Ces perversions sensorielles — hypéresthésie à droite, anesthésie à gauche, occupent le tronc jusqu'à la naissance du cou. Nous avons donc là, d'une manière très nette, le signe de Brown-Séquard, indiquant qu'une lésion intéresse la moitié droite de la moelle.

La face n'est intéressée ni dans la sensibilité, ni dans la motilité.

La pupille droite est plus petite que la gauche. Le réflexe rotulien est aboli à droite, normal à gauche; il y a rétention d'urine et des matières fécales. Pas de troubles trophiques.

L'examen de l'urine n'indique rien de particulier. A part cela toutes les fonctions se font normalement.

Traitement. Potion à l'ergotine, une sangsue à la nuque au niveau de la septième vertèbre cervicale.

Le 20 janvier. Au point de vue de la motilité rien de nouveau du côté droit; à gauche il y a une amélioration, la malade peut lever la main gauche, remuer les doigts, et un peu le membre inférieur gauche. L'anesthésie à gauche persiste. A droite il y a moins de douleur. La douleur de la nuque persiste, ainsi que la rétention de l'urine et des matières fécales. Il faut toujours sonder la malade.

Le 21. Les mouvements du côté gauche sont plus étendus.

Le 22. On constate des sueurs aux membres, au

tronc et à la face du côté gauche; pas de sueurs du côté droit.

Depuis le 22 janvier on a remplacé l'ergotine par l'hamamelis virginica.

Le 23. Une selle spontanée, première depuis le début de la maladie. Soupire moins.

Le 24. Urine spontanément.

Le 25. La malade peut imprimer quelques mouvements à sa jambe droite; le bras gauche arrive à la bouche, la malade peut manger seule. La douleur de la nuque a disparu. La miction et la défécation se font parfaitement bien.

Le 26. L'anesthésie à gauche diminue, la malade commence à sentir la piqure au tronc.

Le 27. La sensibilité revient au tronc et à la cuisse gauche, moins au bras. Quant à la motilité, le bras droit reste toujours inerte, mais le membre inférieur droit présente une amélioration notable et, si on soutient la malade, on remarque qu'elle s'appuie même mieux sur la jambe droite que sur la gauche dont la sensibilité est encore émoussée.

Le 28. La motilité revient au bras droit et se manifeste par de petits mouvements du pouce et de l'index. La sensibilité revient partout à gauche, l'hypéresthésie persiste toujours à droite.

Le 29. Les petits mouvements du bras droit vont en augmentant. L'hypéresthésie à droite diminue en même temps que la sensibilité augmente à gauche.

Le 31. La malade peut marcher étant bien soutenue par deux personnes. La jambe gauche est plus faible pour la station (diminution du tact), plus forte au lit.

Le 1^{er} février. A droite la malade peut mouvoir les

trois premiers doigts, à gauche elle peut lever le coude. Le réflexe rotulien est revenu à droite avec un léger retard; les réflexes olécraniens sont normaux.

Le 5. La malade se lève toute seule de son fauteuil en s'appuyant avec la main gauche au bras du fauteuil; elle peut se tenir debout, sans être soutenue et sans trop vaciller; n'ose pas encore marcher seule. L'état du membre supérieur droit s'améliore de jour en jour, la malade peut remuer tous les doigts et relever la main en extension.

Comme traitement on cesse la potion d'hamamelis et on commence l'iodure de potassium.

Le 17. La malade peut mouvoir la main et étendre l'avant-bras sur le bras; mais la flexion de l'avant-bras sur le bras ainsi que les mouvements de l'épaule sont impossibles.

Le 15 mars. Les progrès continuent lentement; la malade joue aux cartes, tenant son jeu dans la main droite, donne les cartes avec la main gauche.

Traitement. Strychnine et courant induit.

Un mois après, la malade se sent aussi forte sur une jambe que sur l'autre. Mais elle ne peut toujours pas élever le bras droit au-dessus de l'horizontale. On constate un méplat de la saillie deltoïdienne; la force de ce muscle a cependant fait quelques progrès, le bras droit qui retombait auparavant très lourdement, retombe encore mais plus lentement. Les deux mains ont une force égale. La flexion de l'avant-bras droit sur le bras est encore affaiblie et ne peut être exécutée quand on lui résiste.

Le 26 avril 1891 la malade quitte l'hôpital.

Cette observation, qui n'est que le résumé des



notes recueillies au lit du malade, nous autorise à porter le diagnostic de l'hématomyélie, en nous basant sur les considérations suivantes :

1° Le début subit d'une paraplégie cervicale et les circonstances dans lesquelles celle-ci s'est produite.

Pendant les froids rigoureux de ce mois de janvier pendant lequel le lac était gelé, cette jeune fille, d'une constitution très robuste et d'une forte santé, passe brusquement d'une cuisine chaude dans une chambre froide. Elle fait des ablutions à l'eau glacée, lève pour se coiffer les bras qui aussitôt retombent inertes et paralysés. Ce sont bien là les conditions d'un ictus hémorrhagique, d'une rupture vasculaire qui a dû se faire au niveau du renflement cervical. M. Benoit vient de citer un cas qu'il considère comme une hématomyélie survenue à la suite d'un bain de mer prolongé, chez un homme robuste et vigoureux, sans antécédents morbides quelconques. (*Semaine médicale*, 1891, 30 septembre).

2° La marche des accidents :

La paralysie ayant été passagère à gauche, persistante à droite, et suivie d'une atrophie du deltoïde droit, indique que le côté droit de la moelle cervicale a été le plus intéressé.

Quelques instants après, la paralysie gagna les membres inférieurs offrant d'une manière classique le signe de Brown-Séquard (paralysie du mouvement de la jambe droite et de la sensibilité de la jambe gauche), d'où l'on devait conclure que le foyer hémorrhagique du renflement cervical avait fait irruption dans la gaine arachnoïdienne et coulé le long de la surface médullaire droite jusqu'au renflement lom-

baire, comprimant cette demi-moelle pour donner lieu aux symptômes susdits, paralysie du membre inférieur du même côté et des sphincters.

La guérison de notre malade par un retour graduel ne peut que confirmer notre interprétation, indiquant la résorption lente du sang épanché dans et autour de la moelle, comme cela se passe dans un foyer hémorragique du cerveau.

S'il y avait eu là une myélite antérieure ou même consécutive, l'évolution des phénomènes eût été en s'aggravant et se serait probablement terminée par les escarres, l'incontinence des sphincters et la mort.

Observation II.

Boppe (Contribution à l'étude de l'hémorragie spontanée de la moelle ou hématomyélie. Thèse. Paris 1881). — (Résumée).

M. X..., âgé de 27 ans; sans antécédents alcooliques, ni syphilitiques, ni rhumatismaux.

Le 10 juillet 1876, après une longue course à cheval, pendant une chaleur intense, quand il voulut descendre, au moment de passer la jambe droite, on dut l'aider à descendre et le soutenir, car subitement paralysé, il s'affaissait sur le sol.

On constata la paralysie dans le membre inférieur droit et l'anesthésie dans le gauche.

La vessie et le rectum étaient aussi paralysés. Le malade a eu d'abord rétention de l'urine, puis incontinence. Selles involontaires. Dans la soirée paralysie des muscles de la paroi abdominale qui rendait

tout effort impossible. Rien dans les membres supérieurs et la face. Pas de troubles respiratoires.

La paralysie du membre inférieur était complète ; les réflexes y étaient exagérés et à chaque instant le malade y ressentait des mouvements spasmodiques. Aucune douleur, aucun fourmillement dans cette extrémité, la sensibilité y était non seulement conservée, mais encore exagérée.

A gauche la sensibilité était abolie dans tous ses modes. Au moment où on lui passe une éponge imbibée d'eau chaude sur le rachis, M. X... y perçoit une sensation douloureuse à la hauteur de ceinture.

M. X... reste onze jours sans traitement, sans éprouver la moindre souffrance, l'état apyrétique du début continue et il est évacué à l'hôpital du Dey à Alger. Le voyage fut pénible ; à son arrivée, il est pris de fièvre intense avec élévation de température jusqu'à 41°, s'accompagnant de délire, de phénomènes d'excitations, de contractures musculaires spasmodiques avec irradiations douloureuses.

Après un traitement révulsif très énergique, les symptômes fébriles disparaissent au bout de quinze jours, laissant le malade dans le même état qu'auparavant. Pas d'escarre, pas d'alcalinité des urines qui ne contiennent ni pus ni sang. Traitement par strychnine et les courants continus.

Le malade reste cinq mois sur son lit, puis son état s'étant peu à peu amélioré il commence à marcher.

Il y a une amélioration très sensible de l'état de la vessie et du rectum. La sensibilité était revenue peu à peu à gauche, mais très obtuse et pervertie dans tous ses modes.

Revenu en France après onze mois passés à l'hôpital du Dey, M. X... fit différentes saisons aux eaux de Plombières, de Bourbonne, etc. Le 19 avril 1880 le malade entre à l'hôpital du Val-de-Grâce. Il paraît fort et vigoureux. Le membre inférieur droit est un peu moins volumineux que le gauche, l'atrophie semble surtout porter sur les muscles fléchisseurs. Lorsque le malade est debout, la flexion de la jambe sur la cuisse est presque impossible. Il existe à droite une exagération de réflexivité. A gauche l'anesthésie a fait place à une perversion de la sensibilité, le malade perçoit toutes les impressions périphériques sous la forme d'une sensation de froid mal définie. Les muscles de la paroi abdominale se contractent bien, mais les efforts de défécation sont toujours difficiles et parfois sans effet. A l'incontinence de l'urine a succédé une sensibilité de la vessie qui oblige le malade à uriner un peu plus fréquemment que d'ordinaire.

Rien du côté des membres supérieurs où la force musculaire est très développée; rien du côté de la face ou du tronc.

Observation III.

Lister (Lancet, 1880, 2^{me} vol., p. 694. Hémorrhagie de la moelle épinière). — (Résumée).

Marie G..., âgée de 46 ans, d'une constitution robuste, est admise le 7 janvier 1879, comme atteinte d'une paralysie de la jambe gauche jusqu'au genou, avec œdème et anesthésie. Elle affirme que la para-

lysie survint subitement il y a environ deux mois en se levant d'un chaise, sur laquelle elle était assise depuis quelques heures.

La température du corps était normale; il n'y avait point de douleur locale le long du dos.

Au bout de quelques jours de grandes escarres se sont formées. Rétention de l'urine suivie peu de temps après d'incontinence avec paralysie du rectum. La mort survient dans le marasme le 28 février. L'urine était alcaline et sans albumine.

Autopsie (5 heures après la mort).

La moelle épinière était très molle et à une section transversale la substance grise s'écoulait comme un serum rougeâtre. Au niveau de la 9^{me} vertèbre dorsale on trouva un caillot sanguin durci, long d'un pouce et large d'un quart de pouce, le long de la partie postérieure et latérale de la moelle.

Observation IV.

Sinclair (Lancet, 1885, 2^{me} vol., p. 1043. Hémorrhagie dans la substance de la moelle épinière). — (Résumée).

J. G..., âgé de 24 ans, marié, admis d'urgence le 19 août 1885, à la suite d'un fort épistaxis. Depuis longtemps déjà le malade souffrait d'épistaxis répétés et au moment de l'admission il était très faible et anémié.

Après des soins appropriés, l'épistaxis s'arrêta et tout allait bien, lorsque le soir du 21 août le malade

accusa de fortes douleurs dans les deux jambes. Réflexes rotuliens exagérés de deux côtés. Température : matin 37°4, soir 39°0. Le 22, le malade ne sent pas des piqûres d'aiguilles sur la peau des extrémités inférieures et du tronc jusqu'au niveau du 7^{me} cartilage costal à droite et du 6^{me} à gauche. Paralyse complète des membres inférieurs. Réflexes rotuliens abolis. Incontinence d'urine. Température : matin 37°8, soir 39°1.

Le 23, douleurs autour de la partie supérieure du thorax. Rétention d'urine. Température : matin 37°6, soir 37°3.

Le 24, tendance à la formation d'une escarre au-dessus du sacrum. Respiration très rapide. Température : matin 36°8, soir 36°8.

Le 25, respiration rapide. Mort.

Autopsie (24 heures après la mort).

On constate la présence d'une hémorrhagie dans la substance grise de la moelle dorsale, qui était désorganisée par le sang entre la 6^{me} et la 8^{me} vertèbre dorsale.

Observation V.

Leyden. (*Zeitschrift für Klinische Medicin*, 1887, Berlin, 13^{me} vol., 3 et 4 fasc., p. 234). — (Résumée).

Mme K..., âgée de 28 ans, enceinte.

Le 5 décembre 1886 se réveille avec douleur dans le dos et dans la partie supérieure de la cuisse droite; le même jour elle a ressenti une faiblesse dans le

membre inférieur droit ; cette faiblesse a tellement augmenté le lendemain que la malade ne pouvait plus marcher.

Le 7 décembre, accouchement normal. Six heures avant l'accouchement la malade ne pouvait pas uriner, on l'a sondée et depuis ce temps elle a toujours dû être sondée.

Après l'accouchement, les douleurs dans le membre inférieur droit ont disparu, mais par contre la paralysie est devenue complète.

Le 9, le membre inférieur gauche devient plus faible et le lendemain il est complètement paralysé.

La rachialgie dure pendant 8 jours après l'accouchement ; il survient ensuite une période de 7 jours pendant laquelle la douleur a complètement disparu.

Quinze jours après les couches, la malade a ressenti des douleurs du côté gauche du thorax ; ces douleurs se propageant du côté droit donnaient la sensation d'un anneau qui serrait la poitrine. La douleur survenait par excès dont la durée était à peu près de deux minutes.

Fourmillement dans les membres inférieurs. Depuis l'accouchement, rétention d'urine et constipation, quelquefois incontinence des matières fécales.

Status præsens. Paralysie des extrémités inférieures ainsi que de la partie inférieure du tronc. Léger œdème au-dessous des genoux. Decubitus au sacrum de la grandeur de la main, très profond et laissant voir les os. Les deux talons et surtout le gauche sont d'une coloration bleu-noirâtre.

Abolition complète de la sensibilité aux extrémités inférieures et à la partie inférieure du tronc ; douleur

en ceinture au thorax, cette douleur est très forte et empêche la malade de dormir. Atrophie du membre inférieur gauche. Les réflexes rotuliens complètement abolis.

Point de symptômes anormaux du côté des nerfs crâniens. Pupilles égales à réaction normale.

Température : matin 38°9; soir 38°1.

Le 28 décembre, la malade a ressenti des fourmillements et des démangeaisons dans les jambes.

Le 2 janvier, douleurs térébrantes et constrictives dans la moitié gauche du thorax.

Le 5, les douleurs se propagent dans les membres inférieurs. Température : soir 38°7.

Le 14, température : matin 36°; soir 39°9.

Urine brunâtre, trouble, albumineuse. Douleurs fulgurantes dans les extrémités inférieures.

Le 24 janvier. Mort.

Autopsie :

Il existe un foyer de ramollissement dans la partie inférieure de la moelle dorsale. Ce foyer se rétrécit en haut et en bas et se termine par une infiltration sanguine qui se prolonge en haut jusqu'à la moelle cervicale le long du cordon postérieur, immédiatement en arrière de la commissure postérieure. En bas on trouve une disposition analogue qui se présente sous forme d'une coloration ocreuse entre les parties antérieures des cordons postérieurs. On constate en outre dans la moelle un cordon qui est manifestement de nature hémorrhagique et prend son point de départ dans un foyer de destruction plus considérable. Après un examen microscopique, on a conclu que le foyer de ramollissement observé dans la

partie inférieure de la moelle devrait être consécutif à une hémorragie qui était dans cet endroit plus considérable et que le cordon rouge ascendant et descendant devait être dû à une infiltration sanguine provenant du même foyer hémorragique. Ce cas doit être rangé parmi les hémorragies cylindriques qui se font de préférence dans la partie antérieure du cordon postérieur.

On a trouvé encore une dégénérescence ascendante des cordons de Goll et une dégénérescence de la périphérie de la moelle (Randdegeneration).

Observation VI.

Sonnemann (Zwei Fälle von Hämatomyelie. Thèse. Berlin 1890). — (In extenso).

Charles Menrel, douanier, âgé de 61 ans, marié ; a six enfants bien portants. L'individu n'a jamais été malade et n'a pas eu d'antécédents héréditaires morbides ; jamais de cas de maladies nerveuses dans sa famille.

Le 13 janvier 1890 le malade revient chez lui le soir et se met au lit à l'heure habituelle. A 12 ½ h. de nuit son fils revient à la maison et cause avec lui jusqu'à ce qu'il s'endorme, sans rien remarquer de particulier. Le lendemain matin, quand il voulut s'habiller, il ne put mettre son pantalon, ses bras restant inertes et ses mains incapables de tenir quoi que ce soit, si bien qu'il a dû se faire nourrir, mais il n'éprouvait aucune douleur.

Il consulta un médecin. Celui-ci lui prescrit une friction irritante, qui resta sans effet. C'est alors qu'il est venu à la polyclinique de Mendel, où on l'a électrisé. Sa santé s'améliora, de sorte qu'aujourd'hui il ne lui reste qu'une faiblesse à côté de la tabatière anatomique entre l'index et le pouce. Il ne peut pas non plus faire le poing, mais il ne croit pas être malade; la seule chose dont il se plaint, c'est que ses bras sont restés un peu faibles.

Status. Individu de taille moyenne, de stature assez solide; peau et coloration du visage normales. La sensibilité des bras est diminuée; quelquefois il ne sent pas la piqûre faite avec la pointe d'une aiguille. Il donne de fausses réponses et ne peut pas distinguer la pointe de l'aiguille de sa tête. Les mains ont gardé une certaine faiblesse qui se manifeste en ce qu'il ne peut serrer que faiblement la main qu'on lui donne. Cependant il sent les changements de température et il devine juste si on mouille sa main avec de l'eau chaude ou froide.

On ne constate point de douleur à la pression du crâne et des apophyses épineuses.

Les muscles de l'avant-bras se sont atrophiés.

L'examen électrique à l'aide du courant galvanique et faradique démontre un peu de diminution de l'excitabilité des nerfs et des muscles. La réaction de dégénérescence n'existe pas. Les autres organes sont intacts.

ÉTIOLOGIE

Les hémorragies de la substance médullaire sont dues à des causes multiples, mais contrairement à ce qui s'observe dans le cerveau, leur mécanisme ne peut être attribué à l'artériosclérose ni aux anévrismes miliaires qui sont rares si même ils existent.

Les hémorragies d'origine traumatique sont moins rares. D'après Leyden on observe souvent des paralysies apoplectiformes dues à des hémorragies de la substance médullaire chez les ouvriers qui travaillent sous une pression de plusieurs atmosphères et passent trop brusquement à la pression ordinaire. Espérons que les expériences entreprises par M. Kronecker en vue du chemin de fer projeté à la Jungfrau éclairciront cette intéressante question.

Parmi les autres causes de l'hématomyélie, il faut noter les excès, les fatigues, les changements brusques de la température, la suppression des règles ou les règles difficiles. D'autres fois, on invoque les excès vénériens. Enfin l'hémophilie, en prédisposant aux hémorragies en général, peut être une cause d'hématomyélie.

Si on recherche les causes qui ont déterminé l'apoplexie médullaire dans les cas que nous avons rassemblés, on verra qu'elles sont bien différentes dans chaque cas particulier. Ainsi dans le cas de Sonne-

mann où il s'agit d'un homme de 61 ans, sans antécédents morbides, on peut supposer que l'artériosclérose est la cause la plus probable de la maladie. Dans le cas de Boppe, c'est la fatigue occasionnée par une longue course à cheval et pendant une forte chaleur. Le malade de Sinclair était depuis longtemps sujet à des épistaxis.

Dans le cas de Lister et de Leyden, il est plus difficile de trouver la cause de l'affection ; dans le dernier cas c'est la grossesse avancée qui pourrait peut-être favoriser une fluxion sanguine du côté de la moelle.

Dans notre cas il est bien probable que le changement brusque de la température pendant une saison exceptionnellement froide, coïncidant avec la fin d'une époque menstruelle, ont été les causes déterminantes de la maladie.

DESCRIPTION

La maladie débute le plus souvent sans prodromes. On a noté parfois une douleur siégeant au dos (c'est le cas de notre malade) et correspondant à l'endroit où l'hémorrhagie se produit. Cette douleur peut précéder de quelques heures et même de plusieurs jours le début des accidents, elle manque le plus souvent quand l'hémorrhagie est peu considérable.

Le premier et le plus important symptôme, c'est la paralysie survenue subitement comme dans une apoplexie cérébrale; mais il faut remarquer que ce caractère n'est pas absolu et si l'épanchement sanguin se fait lentement et progressivement, il peut se faire que la paralysie mette quelque temps à se compléter. Ce symptôme du début peut s'accompagner de fatigue, de fourmillements et d'engourdissement des membres. Notre malade n'avait rien ressenti de semblable.

Le plus souvent les parties atteintes de paralysie motrice ont plus ou moins perdu leur sensibilité, soit dans toute l'étendue, soit dans certaines régions des membres atteints. Tous les modes de la sensibilité peuvent ne pas être également abolis.

On constate ensuite les autres signes d'une lésion spinale; ces signes, au point de vue de leur siège, de leur gravité et de leur étendue varient avec les différentes formes d'hémorrhagie.

Si le foyer hémorrhagique est suffisant pour détruire la substance grise dans toute l'étendue d'une section transversale de la moelle et pour comprimer les cordons antéro-latéraux, on observera une paralysie complète des membres inférieurs ou même des quatre membres à la fois, si le foyer hémorrhagique est placé suffisamment haut. Le plus souvent il n'en est pas ainsi, une partie seulement de l'organe est intéressée et alors il y a prédominance de la paralysie au membre correspondant.

Si l'épanchement se fait dans une moitié latérale de la moelle, les symptômes changent et on observe une hémiplegie avec hyperesthésie du même côté et anesthésie du côté opposé. L'interprétation de ce symptôme est facile en admettant la direction des fibres motrices et sensibles dans la moelle, décrite par Brown-Séquard. Quant à l'hyperesthésie elle pourrait être attribuée à l'irritation produite par la lésion.

L'état des réflexes est très variable dans chaque cas particulier. D'après Leyden ils sont au commencement conservés et même exagérés, mais il arrive parfois — et c'est dans les cas graves et rapidement mortels — qu'ils sont vite abolis.

Les troubles du côté de la vessie et du rectum sont aussi fort variables. Du côté de la vessie on observe parfois une simple rétention qui résulte de la paralysie de la tunique musculaire de la vessie, de l'anesthésie de la muqueuse ou des deux causes réunies. Cette rétention reste parfois inaperçue, le malade urinant par regorgement.

Il peut en résulter une fermentation ammoniacale

et de la cystite, l'urine devient alors purulente. La paralysie des muscles abdominaux eux-mêmes, en empêchant les efforts de la défécation, favorise cette rétention.

Si les sphincters se paralysent, ce qui indique que la lésion hémorragique a gagné le centre de la moelle, l'incontinence succède à la rétention.

D'autres phénomènes dépendant des lésions des centres réflexes de la moelle peuvent être observés. Ainsi on voit souvent l'inégalité pupillaire si la lésion siège dans la partie supérieure de la moelle dorsale ou inférieure de la moelle cervicale. De même la moelle cervicale étant atteinte, il peut arriver que les centres de la circulation et de la respiration soient influencés et on peut alors observer des troubles plus ou moins graves de ces deux fonctions.

Les troubles vasomoteurs ne sont pas rares. On trouve parfois la température plus élevée dans les parties paralysées que dans les parties saines.

Dans quelques cas on a noté aussi un œdème plus ou moins considérable. A ce même ordre de phénomènes, se rattachent les observations d'éruption aux membres paralysés et d'augmentation de la sécrétion sudorale.

Les troubles trophiques ne sont pas rares. Ils surviennent en général rapidement et sont d'autant plus accusés que la désorganisation du parenchyme médullaire est plus étendue. Ils consistent en escarres siégeant le plus souvent au sacrum, aux grands trochanters, aux talons. Ces escarres s'annoncent par l'apparition de plaques rouges plus ou moins

foncées qui se recouvrent bientôt de phlyctènes remplies d'une sérosité noirâtre.

Un point important à noter c'est la température générale du corps. Dans l'hématomyélie, la température reste normale et si on a observé le contraire cela a tenu à une réaction inflammatoire se produisant autour du foyer hémorragique ou à la résorption putride provenant de l'escarre.

Parmi les nombreux symptômes que nous venons d'énumérer, les uns accidentels, ne dépendent que d'une localisation particulière de la lésion — les autres ont une vraie importance au point de vue du diagnostic et méritent que nous nous y arrêtions.

Passant en revue les observations que nous avons recueillies, ce qui nous frappe surtout c'est la présence dans tous les cas d'une paralysie avec anesthésie. Ces deux symptômes peuvent survenir simultanément comme c'est le cas chez notre malade et chez celui de Boppe, ou successivement comme dans l'observation de Leyden, mais c'est toujours la paralysie qui survient la première. Cette paralysie peut être complète ou partielle, mais elle survient subitement dans tous les cas sauf dans celui de Leyden.

Quant au moment dans lequel l'anesthésie se développe, nous n'avons pas des indications bien suffisantes; c'est seulement dans notre cas, dans celui de Boppe et de Linclair, que la paralysie et l'anesthésie se sont développées en même temps.

Quant aux phénomènes douloureux ils sont très variables et ne présentent rien de caractéristique, sauf peut-être la douleur dorsale qu'on observe dans notre cas et dans celui de Leyden. Les autres symp-

tômes sont très variables et en rapport avec le siège et l'étendue de la lésion.

En résumé nous trouvons un seul caractère commun à tous nos cas sauf celui de Leyden, c'est une paralysie subite accompagnée d'une anesthésie croisée qui selon toute probabilité se développe en même temps.

DIAGNOSTIC

Les symptômes étant variables, il est clair que le diagnostic d'hématomyélie n'est pas toujours possible; pourtant notre cas présente des symptômes tellement frappants que malgré l'absence des pièces anatomiques on peut l'admettre sans hésiter.

Ce qui frappe surtout l'attention en examinant notre cas, c'est la paralysie motrice survenue subitement d'abord dans les membres supérieurs, puis quelques minutes après dans les membres inférieurs, plus marquée à droite qu'à gauche; enfin l'abolition complète de la sensibilité dans les membres et le tronc du côté gauche, l'intelligence restant tout à fait intacte.

Les autres symptômes, tels que l'hypéresthésie à droite, l'abolition du réflexe rotulien ainsi que le rétrécissement pupillaire du même côté, ont été observés à l'hôpital quatre jours après. Il est difficile de dire si la malade les a présentés déjà au début des accidents; en tout cas cela n'a pas une grande importance pour notre diagnostic, vu la valeur réelle des symptômes du début.

En présence d'une paralysie complète des quatre membres survenue subitement sans perte de connaissance ni aucun trouble cérébral, il n'y a pas lieu de faire intervenir une lésion hémorragique ou embolique de l'encéphale. Il est de même superflu de

discuter l'hypothèse d'une paralysie des quatre membres d'origine périphérique. On doit donc admettre sans aucune réserve une affection intéressant la moelle, et en premier lieu rechercher s'il s'agit d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion organique.

Parmi les troubles fonctionnels les types les plus nets sont : les paralysies hystériques, réflexes, paludéennes et alcooliques. Or toutes ces paralysies affectent d'habitude la forme paraplégique.

Quant à la soudaineté des phénomènes, une paralysie de nature hystérique survient parfois rapidement, c'est vrai, mais pas instantanément comme dans notre cas et elle s'accompagne souvent d'une rigidité spasmodique, ce qui n'est pas le cas chez notre malade, laquelle ne présentait d'ailleurs aucun trouble de nature hystérique.

La paraplégie paludéenne est une affection très rare, et se montre à intervalles périodiques à la manière des accès fébriles.

La paralysie réflexe se présente sous forme d'une paralysie des membres inférieurs et trouve le plus souvent son point de départ dans une lésion de la vessie, de l'urèthre, de l'utérus ou de l'intestin.

La paralysie alcoolique affecte aussi la forme paraplégique, mais se développe lentement et s'accompagne de troubles sensitifs qui n'existaient pas chez notre malade.

Il faut remarquer encore, que les paralysies paludéennes, alcooliques et réflexes ne s'accompagnent pas d'hémianesthésie ; cela seul suffit pour les éliminer dans notre cas.

Il ne nous reste donc que les affections organiques

de la moelle épinière à début brusque et à marche rapide, et parmi celles-là il faut distinguer les affections extra et intra-médullaires.

S'il s'agit d'une affection extra-médullaire, ça ne peut être qu'un déplacement osseux produisant une compression brusque de la moelle, une méningite spinale aiguë ou une hémorragie intra-rachidienne. Dans le premier cas, on aurait à faire à une luxation vertébrale de nature traumatique ou pathologique. Or dans notre cas, il n'y avait point de traumatisme, et quant à l'affection tuberculeuse ou cancéreuse des vertèbres, rien dans les symptômes précédant la paralysie ne nous autorise à émettre une pareille supposition.

Dans une méningite spinale aiguë, le début peut être brusque, mais il s'annonce surtout par de la fièvre, des convulsions et des contractures; la paralysie survient tardivement et d'une manière progressive.

Il nous reste donc parmi les affections extra-médullaires une hémorragie méningée, ici l'exclusion n'est pas aisée et pour le moment tout en la réservant nous renvoyons la discussion un peu plus loin.

Parmi les affections aiguës intra-médullaires qui pourraient donner lieu à une paralysie à développement rapide, nous avons la polyomyélite antérieure aiguë, la paralysie générale spinale subaiguë, la paralysie ascendante aiguë (maladie de Landry), la myélite aiguë sous ses différentes formes, l'hémorragie et l'ischémie médullaire.

En présence d'une paralysie qui s'est généralisée rapidement aux quatre membres, on pouvait penser

à une polyomyélite antérieure aiguë, variété de l'adulte, mais cette ressemblance n'est qu'apparente. En effet, nous voyons que cette affection, quoique présentant des symptômes moins variés que chez l'enfant, en a pourtant assez pour être éliminée sans difficulté. Elle commence par une fièvre plus ou moins intense. La paralysie se produit habituellement avec moins de rapidité chez l'adulte que chez l'enfant ; il est rare de la trouver complète au bout de quelques heures, le plus souvent elle n'arrive à son maximum qu'au bout de vingt-quatre heures ou de deux à trois jours. Un autre symptôme important qui permet d'éliminer la polyomyélite antérieure aiguë, ce sont les troubles de la sensibilité qui existent fort rarement dans cette maladie, et même s'ils existent, ils se manifestent par un affaiblissement peu considérable de la sensibilité des pieds ou des mains ou de quelque autre région du corps. Enfin dans la polyomyélite on n'observe pas de troubles urinaires.

La paralysie générale spinale antérieure subaiguë se manifeste par un affaiblissement progressif précédant la paralysie. Les muscles paralysés s'atrophient très vite ; la sensibilité est intacte.

Dans la paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry, on observe le même affaiblissement avant la paralysie complète. Les troubles de la sensibilité et des sphincters sont très légers.

En supposant une myélite aiguë, il faudrait admettre dans notre cas une myélite aiguë généralisée. Le début de cette affection est brusque et il y a ordinairement de la fièvre. La maladie débute par des troubles de la sensibilité et de la motilité. Les

troubles de la motilité se manifestent franchement, ce sont des fourmillements, des picotements, de l'engourdissement dans les membres inférieurs; souvent c'est une douleur en ceinture occupant le tronc soit au niveau de l'abdomen, soit au niveau du thorax, avec irradiations douloureuses diverses dans les membres. C'est seulement plus tard que l'anesthésie se développe. Quant aux troubles de la motilité, la myélite peut débiter par des phénomènes d'excitation motrice, des contractions, des spasmes. L'escarre qui se forme assez vite dans une myélite aiguë généralisée est d'une grande valeur dans le diagnostic.

Il y a une variété de la myélite aiguë, c'est la myélite à début apoplectiforme. C'est le cas de Proust et Joffroy, caractérisé par une paralysie des quatre membres survenue subitement et accompagnée de la chute sur le dos; mais le malade a eu de la fièvre et il s'est développé chez lui une vaste escarre au sacrum.

Quant au ramollissement nécrobiotique par ischémie résultant d'une oblitération par embolie des artères spinales, on l'a observé chez les individus atteints d'endocardite ulcéreuse. D'autre part, le ramollissement ischémique produit par les lésions scléro-athéromateuses des parois des vaisseaux de la moelle, n'existe que chez les vieillards, et dans tous les cas il ne produirait que peu à peu des symptômes paralytiques.

Nous pouvons ainsi éliminer toutes ces affections, et il ne nous reste plus que l'hémorragie intramédullaire ou hématomyélie et l'hémorragie extramédullaire réservée précédemment.

Si nous avons uniquement à faire à une hémorragie intra-médullaire ayant déterminé une paralysie complète des quatre membres, ce serait une lésion très grave et intéressant une grande étendue de la moelle. Les symptômes du début et leur développement successif parlent contre une pareille supposition.

Une hémorragie qui détruirait la substance médullaire au niveau du renflement cervical pourrait produire une paralysie des quatre membres, mais alors on aurait une anesthésie complète des deux côtés; l'hypéresthésie dans ce cas n'aurait aucune raison d'exister et les réflexes seraient exagérés des deux côtés.

Si c'était une hémorragie dite cylindrique, se propageant le long de la moelle épinière de haut en bas, cela paraîtrait possible, vu le développement successif de la paralysie, mais alors quant aux troubles de la sensibilité, on pourrait faire la même remarque que plus haut, en outre les réflexes rotuliens seraient, selon toute probabilité, abolis des deux côtés.

Si nous nous adressons uniquement aux symptômes observés du côté des membres supérieurs nous remarquerons que la paralysie qui était complète au début cessa de l'être déjà quelques heures après.

Le membre gauche revient graduellement à ses fonctions, tandis que c'est seulement après 12 jours que le bras droit commence à présenter une faible amélioration. Un autre symptôme important c'est l'hypéresthésie du côté plus paralysé avec anesthésie du côté opposé. Tout cela indique une lésion directe intéressant le côté droit de la moelle et qui ne peut être produit que par une hémorragie.

Pour expliquer la paralysie également rapide des membres inférieurs survenue quelques minutes après, une seule hypothèse était possible, c'était de supposer que le sang en dissociant la substance de la moelle à la région cervicale a déchiré le pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde et a pénétré ainsi dans le sac arachnoïdien, exerçant une compression de la moelle au niveau du renflement lombaire, surtout du côté droit.

Cette hypothèse est pleinement confirmée par la marche ultérieure des accidents, indiquant que la moelle lombaire ne présentait aucune lésion directe, tandis que dans le renflement cervical il existait sûrement une destruction partielle de la substance médullaire. En effet, tandis que les membres inférieurs sont revenus complètement à leur état normal, nous observons du côté du bras droit une paralysie, quoique incomplète, mais selon toute probabilité définitive, étant accompagnée d'atrophie du deltoïde.

En tous cas, tout en admettant un hématorachis comme complication, c'est l'hémorragie primitive de la substance médullaire ou l'hématomyélie qui, seule, peut rendre compte des phénomènes chez notre malade.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il y a une grande différence entre les hémorragies de la moelle et celles du cerveau. Pour les hémorragies primitives du cerveau, il est bien connu qu'elles sont étroitement liées à la formation et à la rupture d'anévrysmes miliaires des artères cérébrales; rien d'analogue n'a été trouvé relativement à la pathogénie des hémorragies médullaires. Il est vrai que Lionville a vu des lésions analogues dans les vaisseaux de la moelle, lésions qui consistaient en dilatations ampullaires, avec cette différence, que ces dilatations se rencontraient sur les vaisseaux plus gros que ceux qui sont d'habitude affectés dans le cerveau (Société de biologie, 1872. — Hématomyélie avec anévrysme). Ce cas est presque unique dans la science, d'ailleurs en se basant sur le fait que l'hémorragie de la moelle survient plutôt entre 20 et 40 ans, on peut *a priori* supposer que les lésions chroniques des artères y jouent un rôle peu considérable.

Si nous voulions nous adresser à l'anatomie normale nous trouverions sous tous les rapports des différences considérables qui toutes sont en faveur de la rareté de l'hématomyélie par lésion préalable des vaisseaux.

Quant à la hauteur à laquelle les hémorragies de la moelle se produisent on ne trouve ni dans la struc-

ture de la moelle, ni dans la distribution des vaisseaux, rien qui permettrait de la préciser; c'est peut-être dans les renflements lombaire et cervical qu'elles devraient se produire le plus souvent, vu que ces segments de la moelle, en raison de leur activité fonctionnelle plus considérable, devraient être plus sujets à des ruptures vasculaires. D'après Eichhorst les régions de la moelle le plus fréquemment atteintes de l'hémorragie sont : la partie supérieure de la moelle cervicale et de la moelle dorsale.

Reste à savoir maintenant si c'est dans la substance grise ou blanche de la moelle que l'hémorragie se fait de préférence. Sous ce rapport les opinions des auteurs sont bien différentes. D'après Cruveilhier trois cas peuvent se présenter.

L'hémorragie est peu considérable et alors, vu la friabilité de la substance grise, le sang s'infiltré mécaniquement le long du canal central et laisse intacte la substance blanche.

Si l'hémorragie se fait rapidement et si elle est plus considérable, elle dissocie la substance blanche et fait saillie sous la pie-mère, qui elle-même peut être déchirée. Enfin une partie considérable peut être transformée en bouillie par une hémorragie plus grande.

D'après Hayem, qui n'admet pas cependant l'hémorragie primitive de la moelle, et qui la considère comme une lésion secondaire à un ramollissement inflammatoire, le siège de cette hémorragie serait invariablement central, c'est-à-dire dans la substance grise. Féré, qui admet l'hémorragie primitive, explique ce fait par la plus grande abondance des

vaisseaux dans la substance grise où ils sont moins soutenus par un tissu conjonctif moins dense. Vulpian et Leyden soutiennent la même opinion relativement au siège de l'hémorrhagie; les autres avec Eichhorst admettent le contraire.

D'après les cas que nous présentons, il est difficile de formuler une opinion exclusive, et nous serions tentés de croire que la lésion peut se faire indistinctement dans les deux substances sans aucune prédilection pour l'une ou pour l'autre.

Le foyer est ordinairement unique, rarement multiple; la grosseur du caillot sanguin ne dépasse pas ordinairement celle d'un haricot et le plus souvent elle est plus petite. Dans certains cas, qui constituent une rareté, on a à faire à une forme particulière d'hémorrhagie médullaire à laquelle Levier a donné le nom d'hémorrhagie tubulaire ou cylindrique. Dans ce cas le sang se répand suivant l'axe longitudinal de la moelle et il suit dans sa distribution, au sein de la substance blanche, les tractus longitudinaux des fibres nerveuses. Certaines variétés de ces hémorrhagies peuvent s'étendre sur une longueur de plus de dix centimètres.

Les parois du foyer sont ramollies, déchiquetées, désagrégées, et souvent elles présentent une coloration jaunâtre, ecchymotique due à l'imbibition sanguine. Si l'hémorrhagie est petite et la destruction du tissu nerveux peu considérable, le sang se résorbe et alors on observe, à la place où était le foyer hémorrhagique, des cicatrices ocreuses analogues à celles qui se produisent dans le cerveau, ou plus rarement un kyste séreux.

Il peut se faire autour du foyer apoplectique une

réaction inflammatoire, plus rarement c'est vrai que dans le cerveau.

Parmi les observations que nous avons présentées, dans trois cas l'autopsie a été faite et on a trouvé la lésion dans la partie inférieure de la moelle dorsale. Dans le cas de Boppe, d'après les phénomènes observés, il faut supposer la lésion dans la même région et, dans le cas de Sonnemann dans le renflement cervical.

Dans notre cas suivi de guérison, comme dans les deux précédents, l'autopsie n'a pas été faite, mais d'après les symptômes observés on peut déterminer avec une précision plus ou moins grande le siège et le volume du foyer hémorragique. Pour que cette détermination soit plus ou moins exacte on ne peut pas se baser uniquement sur les symptômes du début et il faut attendre quelque temps pour distinguer les symptômes dus à la destruction du tissu nerveux de ceux qui dépendent uniquement de la compression ou irritation produite par le déversement sanguin; la moelle étant un organe de faible diamètre et entouré d'une enveloppe résistante, il est clair que la moindre irruption sanguine dans un endroit quelconque pourra produire une compression sur les parties environnantes. Nous aurons ainsi des symptômes dus uniquement à cette compression et qui disparaîtront à mesure que le sang contenu dans le foyer apoplectique subira sa désintégration et sa résorption, ce qui permettra au tissu nerveux environnant de reprendre ses fonctions normales. Il est évident que ce raisonnement ne peut pas s'appliquer aux cas où un ramollissement inflammatoire suit l'hémorragie, mais dans ces cas la mort arrive vite et on peut constater

directement les lésions. Abstraction faite des phénomènes observés du côté des extrémités inférieures et qui selon notre diagnostic doivent être attribués à une hémorragie méningée, si nous nous adressons exclusivement aux phénomènes observés du côté des membres supérieurs, nous n'éprouverons pas une bien grande difficulté à déterminer la hauteur approximative de la lésion. Rien que la douleur provoquée par la pression de l'apophyse de la 7^{me} vertèbre cervicale nous indique un état pathologique survenu dans cette région; la paralysie des membres supérieurs, les troubles pupillaires et un peu de troubles respiratoires permettent de placer la lésion à peu près entre la 5^{me} vertèbre cervicale et la 2^{me} dorsale.

La paralysie plus forte à droite avec hyperesthésie et l'anesthésie à gauche indiquent une lésion unilatérale, siégeant à droite.

Si on veut préciser le siège de la lésion, on peut remarquer que dans notre cas, la sensibilité tactile n'étant pas abolie, les cordons postérieurs, selon l'opinion de Schiff, peuvent être exclus de toute lésion. Le fait, que tous les troubles disparaissent presque complètement et ne laissent qu'une paralysie partielle limitée aux muscles de l'épaule et du bras, nous permet de conclure à une lésion de peu d'étendue.

En résumé, nous sommes autorisés à admettre une lésion de la corne grise antérieure (atrophie du deltoïde) avec simple dissociation du cordon latéral plutôt qu'une destruction de ce cordon, parce que dans ce dernier cas on aurait observé la persistance de la paralysie du bras et des phénomènes de la sclérose descendante du cordon latéral, ce qui n'a pas été observé chez notre malade.

PRONOSTIC

Au début de la maladie et tant qu'il n'y a pas d'amélioration manifeste, il faut toujours craindre, même si les phénomènes initiaux ne sont pas très alarmants, la formation d'un foyer de ramollissement résultant d'une réaction inflammatoire. Dans le cas de Lister, nous voyons des phénomènes graves qui se sont développés deux mois seulement après le début de la maladie; de même dans le cas de Leyden; il est vrai que d'après son observation l'hémorragie était beaucoup moins étendue.

Le siège de la lésion a une grande importance et un foyer hémorragique, même de petites dimensions, siégeant dans la moelle cervicale, sera particulièrement dangereux, vu le voisinage du bulbe; ainsi chez notre malade nous avons observé des soupirs qui durèrent pendant quelques jours et pouvaient nous faire craindre une complication du côté des centres respiratoires. A part cela, le pronostic peut être basé sur les symptômes consécutifs, ainsi les escarres précoces, la fièvre, l'urine ammoniacale chargée de pus indiquent un état grave qui se terminera vite par la mort.

En l'absence de ces symptômes alarmants et surtout si on constate une amélioration progressive dans l'état du malade, le pronostic sera plutôt favo-

nable. Quant au retour intégral des fonctions, on a vu que dans notre cas, la malade présente encore une atrophie du deltoïde, ce qui l'empêche de se servir convenablement de son bras droit.

Dans le cas de Boppe et de Sonnemann, nous voyons une faiblesse des membres qui persiste malgré tous les traitements, mais si on compare le pronostic pessimiste des auteurs qui se sont occupés de l'hématomyélite avec ce que nous observons chez notre malade, on admettra que cette maladie n'est pas toujours aussi grave qu'on l'a dit.

Cette divergence provient probablement de ce que le diagnostic des formes légères, qui sont les plus rares et les moins étudiées, n'est pas toujours facile.



TRAITEMENT

A part le repos absolu que du reste le plus souvent le malade est forcé d'observer par le fait de la paralytic, il faut employer une médication capable, si possible d'arrêter l'écoulement sanguin. Citons l'ergot de seigle, l'hydrastis canadensis et l'hamamelis virginica, qui ont été employés dans notre cas.

Pour prévenir une complication inflammatoire, il faut recourir à une révulsion énergique (ventouses, vésicatoires, etc.) sur le rachis dans l'endroit où on suppose que la lésion existe; une rachialgie localisée comme c'était dans notre cas est un indice précieux. L'utilité de la révulsion se voit surtout dans le cas de Boppe, où à la suite de la fatigue causée par un voyage, le malade présentait des symptômes graves indiquant une réaction inflammatoire; tous ces symptômes ont disparu au bout de quinze jours à la suite d'un traitement révulsif énergique.

Une fois que le danger d'une complication est supposé écarté, on peut administrer l'iodure de potassium pour favoriser la résorption du foyer.

On a employé aussi la strychnine pour stimuler les fonctions de la moelle; ce traitement peut être utile dans la période ultérieure de la maladie, au début il pourrait au contraire favoriser une congestion.

Dans le cas de Sonnemann c'est l'électrisation qui a donné de bons résultats.

CONCLUSIONS

1° Une hématomyélie peut être diagnostiquée si l'attaque est subite et s'il n'y a aucun symptôme indiquant un processus inflammatoire de la moelle.

2° Le pronostic est en rapport avec l'étendue et le siège des lésions. Contrairement à l'opinion pessimiste des auteurs, notre cas en démontre la curabilité.

Bibliographie

CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière. 1^{er} vol. 1875.

VULPIAN. — Maladies du système nerveux, 1879, p. 92.

LEYDEN. — Klinik der Rückenmarks Krankheiten. Berlin 1874-76.

BYROM-BRAMVELL. — Maladies de la moelle épinière. 1883, p. 297, 338.

HAMMOND. — Maladies du système nerveux, 1891.

HIRT. — Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux, 1891.

EICHHORST. — Traité de pathologie interne et de thérapeutique, 1889, 3^{me} vol., p. 134-137.

TÉRÉ. — Traité élémentaire d'anatomie médicale, 1886, p. 304-305.

HAYEM. — Des hémorrhagies intra-rachidiennes. Thèse d'agrégation, 1872.

BOPPE. — Contribution à l'étude de l'hémorrhagie spontanée de la moelle ou hématomyélie. Thèse. Paris 1889.

— Congrès international des sciences médicales, 3^{me} session, Genève 1875.

LISTER. — Hæmorrhage into the spinal cord. Lancet 1880, II, p. 694.

SINCLAIR. — Hæmorrhage into the substance of the spinale cord. Lancet, p. 143.

LEYDEN. — Ein Fall von Hæmatomyelie. Zeitschrift für die Klinische Medicin. XIII livr. Berlin 1887.

SONNEMANN. — Zwei Fälle von Hæmatomyelie. Thèse. Berlin 1890.

Genève, 24 octobre 1891.

W. HERTYK.

Tableau comparatif des principaux symptômes de l'hématomyélie.

Auteur.	Age et sexe.	Causes.	Début.	Symptômes médullaires.							Température.	Marche de la maladie.	Autopsie.
				Niveau.	Sensibilité.	Sphincters.	Troubles trophiques.	Troubles vasomoteurs.	Respiration.	Réflexes.			
Observation personnelle.	Femme 20 ans.	Froid.	Douleur à la nuque.	Paral. de 4 membres inférieurs.	Anesthésie à gauche: memb. et tronc. Hypéresthésie à droite: membres et tronc.	Rétention de l'urine et des matières fécales.	0	Sueurs à gauche — face, memb., corps.	Soupirs.	Réflexe rotulien aboli à droite.	Normale.	Guérison en 3 mois.	0
Boppé.	Homme 27 ans.	Fatigue.	Paral. subite.	Paral. du membre droit et muscles abdominaux.	Anesthésie: membre inf. gauche. Hypéresthésie: membre inférieur droit.	Rétention de l'urine et des matières fécales, suivie de l'incontinence passagère.	0	0	Normale.	Réflexe rotulien exagéré à dr.	Normale au début, suivie d'une fièvre passagère.	Guérison en 11 mois.	0
Sonnemann.	Homme 61 ans.		Paral. subite.	Paralysie complète des membres supérieurs.	Anesthésie incomplète: membres supérieurs.	Normaux.	0	0	Normale.	?	Normale.	Guérison.	0
Lister.	Femme 16 ans.		Paral. subite.	Paral. de la jambe gauche jusqu'au genou.	Anesthésie — jambe gauche.	Rétention de l'urine suivie de l'incontinence. Incontinence des matières fécales.	Escarres.	Œdème de la jambe gauche.	Normale.	?	Normale.	Mort après 50 jours de maladie.	Dans la partie post. et lat. de la moelle au niveau de la 9 ^{me} vertèb. dorsale un caillot sanguin.
Sinclair.	Homme 24 ans.	Hémophilie.	Epistaxis. Douleur dans les deux jambes.	Paralysie des membres inférieurs.	Anesthésie: membres inférieurs, partie inférieure du tronc.	Incontinence de l'urine suivie de rétention.	Tendance à la formation d'un escarre.	0	Rapide.	Réflexe rotulien exagéré de 2 côtés au début; aboli ensuite.	Fièvre au début, suivie de l'apyrexie.	Mort après cinq jours.	Foyer hémorragiq. entre la sixième et huitième vertèbres dorsales.
Leyden.	Femme 28 ans.	Grossesse.	Douleur au dos.	Paralysie des membres inf. de la partie inf. du tronc.	Anesthésie: membres inférieurs, partie inférieure du tronc. Douleur en ceinture. Fourmillements.	Rétention de l'urine et des matières fécales. Quelquefois incontin. des mat. fécales.	Escarre au sacrum.	Œdème aux extrémités inférieures.	Normale.	Réflexe rotulien aboli de deux côtés.	Fièvre.	Mort après 50 jours.	Foyer de ramollissement dans la partie inf. de la moelle dors. résult. d'une hémorrh. cylindr.
Jaccoud.	Femme 62 ans.		Paral. subite.	Paraplégie complète.		Incontinence de l'urine et des matières fécales.	0					Mort après six jours.	Foyer hémorragiq. dans le cerveau et dans le renflement lombaire.
Saccho.	Femme 27 ans.	Temp. sanguin, fatigue.	Doul. au dos et céphalalgie.	Hémiplégie droite.	Hémi-anesthésie du côté droit.	Incontinence de l'urine et des matières fécales.	0					Mort après 16 jours.	Petit caillot sanguin de la moelle cerv. au-dessous du bulbe. Foyer hémorrh. de l'hémisph. gauche.
Cruveilhier.	Homme 36 ans.		Doul. à la nuque.	Paralysie de 4 membres et du tronc.	Anesthésie de 4 membres et du tronc.	Incontinence de l'urine et des matières fécales.	Escarres au sacrum.					Mort après 40 jours.	Foyer sanguin dans la partie inférieure de la moelle cervicale du côté gauche.
Monod.	Homme 29 ans.		Douleurs le long de la colonne vertébrale.	Paralysie du membre inférieur droit.	Anesthésie au membre inf. gauche.	Rétention de l'urine.	Escarres au sacrum.				Fièvre (?)	Mort après 33 jours.	Foyer apoplectique de la partie inf. du côté droit de la moelle au-dessus du renflement lombaire.
Goldammer.	Femme 15 ans.		Douleur subite entre les deux épaules.	Paral. des extrémités inf. et du tronc jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale.	Anesthésie des extrémités inférieures et du tronc.	Rétention de l'urine.	Escarres tardifs.			Réflexes rotuliens norm. au début; après 4 mois exagérés.		Mort 1 an après le début.	Foyer hémorragiq. au niveau de la deuxième dorsale.
Joinet.	Homme adulte.	Bain de mer de 2 heures.	Fourmill. douloureux dans les pieds.	Paraplégie flasque. 1 ^o lombaire. 2 ^o cervicale. 3 ^o bulbaire.	Pas de troubles sensitifs.	Incontinence des urines et matières fécales.	Pas de troubles trophiques. (N'ont pas eu le temps de se produire.)	Cyanose de la face par troubles respiratoires.	Obésité de la face.	Réflexes rotul. diminués.		Paralys. ascendante aiguë, mort le quatrième jour.	Foyer hém. incrusté de la moitié dr. du renflem. cerv. Infiltr. sang. du vois. Pas d'anév. miliaires.



13610



01881

