

4° **Pronostic.** — Le pronostic est d'une gravité extrême : l'affection lorsqu'elle guérit, laisse souvent après elle de l'impotence fonctionnelle.

5° **Traitement.** — Il se résume dans les applications de glace et la révulsion, le calomel, les frictions mercurielles, et l'iodure à hautes doses.

ARTICLE V

MÉNINGITES SPINALES CHRONIQUES

Nous aurons surtout en vue, après quelques notions étiologiques, la pachyméningite cervicale hypertrophique étudiée par CHARCOT et JOFFROY (1873).

1° **Étiologie.** — Les méningites spinales chroniques relèvent de causes locales ou générales :

a. *Causes locales.* — Dans la première catégorie rentrent :

1° Les méningites qui accompagnent les myélites diffuses ou systématisées, par exemple le *tabes*. Leur constance est telle que certains auteurs leur attribuent un rôle dans la production ou tout au moins l'extension des lésions du processus tabétique.

2° Les méningites qui relèvent de la propagation de lésions vertébrales tuberculeuses (*mal de Pott*), cancéreuses ou syphilitiques. Ce sont des pachyméningites qui aboutissent à la compression de la moelle et des racines rachidiennes.

b. *Causes générales.* — L'infiltration gommeuse des méninges au cours de la syphilis, l'alcoolisme, la sénilité, etc., sont autant de causes de méningites spinales chroniques. A ces diverses variétés il faut ajouter la pachyméningite cervicale hypertrophique de Charcot et Joffroy, que nous prendrons pour type de notre description clinique.

La pachyméningite cervicale hypertrophique est caractérisée

par une énorme augmentation d'épaisseur des méninges de la région cervicale. LAENNEC, ANDRAL considéraient cette énorme tuméfaction fusiforme comme une hypertrophie de la moelle. Il ne s'agit en réalité que d'une affection des méninges, qui entraîne une double compression :

1° Compression de la moelle qui est aplatie et comme étranglée dans ce fourreau fibreux : elle présente des lésions de

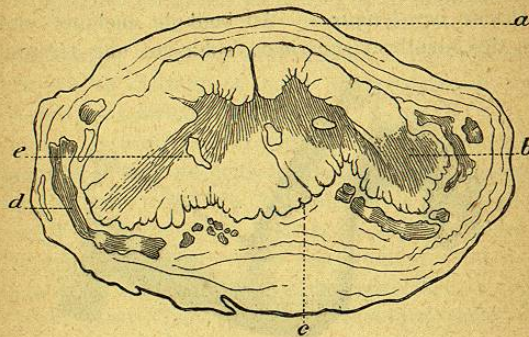


Fig. 59.

Coupe de la moelle cervicale dans la pachyméningite hypertrophique (CHARCOT et JOFFROY).

a, d, méninges. — b, c, moelle. — e, cavités creusées dans la substance médullaire.

myélite transverse, et même de myélite cavitaire, c'est-à-dire de syringomyélie.

2° Compression des racines rachidiennes sensitives et motrices.

Toute la symptomatologie de l'affection tient dans ces deux propositions.

2° **Symptômes.** — La symptomatologie comprend deux périodes : la période douloureuse et la période paralytique.

a. *Période douloureuse.* — La maladie débute par des douleurs de plus en plus intenses, localisées à la région cervicale, mais s'irradiant le long des membres supérieurs. Cette douleur spon-

tanée est augmentée par la percussion, par les mouvements, au point que le malade finit par immobiliser son cou dans une attitude fixe; il le tient légèrement fléchi. Cette période est encore marquée par une sensation d'engourdissement dans les membres supérieurs, par une diminution de la sensibilité, par l'apparition d'éruptions bulleuses ou zostérimiformes. — Tous ces symptômes traduisent la compression des racines rachidiennes.

b. *Période paralytique.* — Au bout de quelques mois, les muscles des membres supérieurs subissent une atrophie pro-

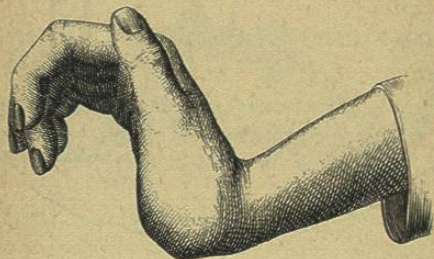


Fig. 60.

Attitude de la main dans la pachyméningite cervicale hypertrophique (CHARCOT).

gressive avec tremblements fibrillaires et réaction de dégénérescence. L'atrophie et l'impotence fonctionnelle frappent surtout le cubital et le médian; les muscles extenseurs, innervés par le radial, privés de leurs antagonistes mettent alors la main en extension forcée; cette attitude, combinée à la flexion des doigts par suite de la paralysie des interosseux ou des lombricaux innervés par le cubital, aboutit à la production d'une griffe spéciale (voy. fig. 60).

Tel est le résultat de la compression des racines antérieures ou motrices de la région cervicale.

Les membres inférieurs sont au contraire atteints de contracture avec exagération des réflexes tendineux et démarche spasmodique: ces phénomènes sont dus à la compression des cor-

dons latéraux de la moelle (faisceau pyramidal, voy. p. 4) intéressée à son tour.

A cette période apparaît aussi quelquefois la dissociation syringomyélique (conservation de la sensibilité tactile avec abolition de la sensibilité douloureuse et thermique): elle reconnaît pour cause les altérations médullaires.

La paralysie de la vessie et du rectum, l'apparition des eschares marquent les dernières phases de la maladie.

3° Diagnostic. — La sclérose latérale amyotrophique et la syringomyélie se distinguent de la pachyméningite cervicale par l'absence de la période douloureuse.

Les autres méningites chroniques, celles par exemple qui accompagnent le mal de Pott tuberculeux ou cancéreux, ont une marche moins régulière et n'ont pas de prédilection spéciale pour la région cervicale. Elles se traduisent par des symptômes moteurs (paralytiques ou spasmodiques) du côté des muscles striés et des sphincters, par des troubles de la sensibilité et des troubles trophiques, symptômes variables suivant le siège des lésions.

Nous étudierons la méningite syphilitique avec la syphilis médullaire.

Les méningites qui accompagnent les affections chroniques de la moelle (tabes, etc.) n'ont pas d'histoire clinique.

4° Traitement. — Lorsqu'on soupçonne la syphilis, le traitement spécifique est indiqué. Dans les autres cas on se borne à la révulsion répétée (pointes de feu), au traitement des phénomènes douloureux par l'antipyrine (1-4 gr.), l'acétanilide (0,50-1 gr.), etc.

ARTICLE VI

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE

La méningite cérébro-spinale épidémique est caractérisée par l'envahissement des méninges crâniennes et rachidiennes.

1° Étiologie. — La méningite cérébro-spinale, plus fréquente dans les climats froids et les saisons froides, frappe de préférence les soldats et les enfants. Elle est souvent consécutive à la scarlatine, à la rougeole, à la pneumonie, à la grippe, à la fièvre typhoïde, aux oreillons, dont elle peut ainsi accompagner ou suivre les épidémies.

2° Bactériologie. — Le microbe le plus souvent trouvé dans ces méninges est, d'après NETTER, le pneumocoque; WEIGSEL-

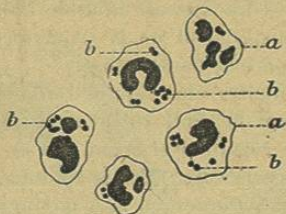


Fig. 61.

Diplocoque intracellulaire de Weichselbaum.

BAUM a décrit comme agent pathogène de l'affection le *diplococcus intracellularis*, formé par des cocci arrondis ou ovalaires réunis en diplocoques et plus rarement en petits amas, dans l'intérieur des cellules ou des leucocytes et non dans leur intervalle; il se décolore par la méthode de Gram. Dans des cas beaucoup plus rares on a trouvé des cocci en chaînettes, des staphylocoques ou streptocoques, le bacille d'Eberth (MEUSI et CARBONE). On n'est pas fixé sur la voie de pénétration des microbes dans les méninges; ils viennent probablement des fosses nasales à travers la lame criblée de l'éthmoïde: WEIGERT a constaté la continuité de la suppuration crânienne et de celle de la pituitaire.

3° Anatomie pathologique. — L'exsudat purulent riche en fibrine occupe les méninges crâniennes et rachidiennes: il est situé entre l'arachnoïde et la pie-mère. Sur le cerveau il est assez régulièrement distribué: sur la moelle il occupe les régions cervicale et lombaire, leur face postérieure surtout. Les

foyers hémorragiques ou purulents dans le cerveau et la moelle ne sont pas rares.

Les plaques de Peyer et la rate sont tuméfiées; on trouve souvent de la pneumonie, de la broncho-pneumonie ou un empyème, plus rarement une endocardite.

L'autopsie peut ne montrer que de la congestion des méninges dans les cas à évolution très rapide.

4° Symptômes. — Après un ou deux jours de vague malaise et de céphalée, l'affection débute par des frissons, de la fièvre et des vomissements; en même temps la céphalée augmente. Il y a de la constipation et le ventre est déprimé en bateau; la nuque est raide et ne peut être fléchie qu'avec peine; les muscles du dos sont souvent contracturés de même. Le malade est couché sur le côté, souvent en *chien de fusil*, c'est-à-dire les jambes fléchies. Si on le place dans le décubitus dorsal il peut facilement les étendre, mais si on l'assoit sur son lit, il ne peut les garder en extension: immédiatement les jambes se fléchissent sur les cuisses et les cuisses sur le bassin (*signe de Kernig*). L'hypéresthésie et les *douleurs rachidiennes* d'une part, le délire, les hallucinations, les convulsions, l'insomnie ou la stupeur d'autre part, traduisent la souffrance de la moelle et du cerveau. Le pouls et la respiration sont accélérés, la température à 40°. Les téguments présentent parfois de l'herpès ou des exanthèmes rappelant ceux des fièvres éruptives.

Cette première période dure de un à trois jours; elle fait place à la période de dépression, caractérisée par la perte de connaissance, l'insensibilité, les paralysies, le regard atone, la rétention d'urine, la dilatation pupillaire et le strabisme, la surdité, la dyspnée de Cheyne Stokes, l'irrégularité du pouls. La mort survient du 5^e au 8^e jour dans le refroidissement avec cyanose et le coma; elle se produit dans 50 p. 100 des cas. Ceux qui se terminent favorablement ne guérissent qu'après plusieurs semaines, souvent avec des troubles intellectuels définitifs, de la surdité¹, pouvant aboutir chez les enfants à la surdi-mutité. Il

¹ COLLET, *Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses*, Collection Léauté, 1897.

existe une *forme foudroyante* qui emporte les malades en vingt-quatre à trente-six heures.

5° Diagnostic. — La méningite cérébro-spinale se distingue : 1° du tétanos par les troubles cérébraux, les vomissements et la céphalalgie : dans le tétanos la ponction lombaire donne issue à une faible quantité de liquide céphalo-rachidien normal ; 2° des méningites cérébrales aiguës par la présence de ses symptômes spinaux ; 3° de la méningite tuberculeuse par son invasion brusque et sa marche rapide ; dans la méningite tuberculeuse le liquide retiré par la ponction lombaire contient des lymphocytes. L'examen bactériologique peut rendre de grands services : on peut trouver le pneumocoque ou le méningocoque dans le mucus nasal, et même dans le sang ou les urines ; on peut aussi chercher à isoler du liquide retiré par la ponction lombaire (voy. p. 231).

6° Prophylaxie et traitement. — La prophylaxie consiste dans l'isolement ; le traitement symptomatique se résume dans le chloral et les opiacés. Contre l'infection on essaie de lutter par les frictions mercurielles et l'acide salicylique. AUFRECHT conseille de donner plusieurs fois par jour de grands bains chauds : ils diminuent beaucoup les douleurs et l'agitation.

CHAPITRE V

MALADIES DES NERFS

ET DU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

Nous étudierons dans le présent chapitre : 1° les névrites périphériques en général et en particulier ; 2° les névralgies du trijumeau, du phrénique, du sciatique, etc. ; 3° les paralysies radiculaires ; 4° les paralysies des troncs nerveux eux-mêmes.

ARTICLE PREMIER

NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES EN GÉNÉRAL

La pathologie nerveuse se résumait autrefois dans les affections des centres nerveux : on croyait que les lésions des nerfs leur étaient toujours consécutives, à moins que le nerf ne fût sectionné, comprimé, ou intéressé par une inflammation de voisinage.

On sait aujourd'hui que les nerfs périphériques sont susceptibles de présenter des altérations *primatives et spontanées* indépendantes de toute lésion médullaire et de toute cause locale telle que le froid, le traumatisme, etc. Ce sont elles que nous aurons particulièrement en vue et qu'on désigne sous le nom de névrites périphériques.

1° Étiologie. — Nous laissons de côté les névrites de cause locale (action du froid, traumatisme ou compression d'un nerf, propagation d'une inflammation de voisinage), pour ne nous occuper que des névrites de cause générale, dites encore spon-