

## CHAPITRE V.

OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DES ENVELOPPES  
DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.XXVIII<sup>e</sup> OBSERVATION.

Arachnitis spinale. Arachnitis de la base et de la convexité du cerveau.  
Sérosité lactescente dans les ventricules.

Une couturière, âgée de vingt-huit ans, mère de quatre enfants, est vivement affectée de quelques propos outrageants qui lui sont adressés; les règles, alors au milieu de leurs cours, se suppriment, et cette femme est prise aussitôt d'un violent frisson qui dure vingt-quatre heures.

Le lendemain, chaleur vive; soif ardente; serrement à la gorge; boule hystérique très-prononcée.

Le troisième jour, vomissements bilieux; toutes les boissons, même les plus douces, sont rejetées.

Le quatrième jour, nouveaux vomissements; disparition complète des symptômes hystériques; la malade entre le soir à la Charité, et présente le lendemain matin l'état suivant:

Le cinquième jour, face très-rouge; yeux brillants et animés; cou gonflé; tête renversée en arrière, fléchie latéralement, ne pouvant sans de grandes douleurs être ramenée en avant; une douleur continuelle se propage tout le long de la colonne vertébrale, depuis le grand trou occipital jusqu'au sacrum; le moindre mouvement l'exaspère au point d'arracher des cris à la malade; elle n'est point augmentée par la pression; la respiration est gênée et haletante; le pouls vif et fré-

quent; la peau chaude et sèche; la langue dans l'état naturel; le ventre souple et indolent; depuis quarante jours, il n'y a pas eu de selle. (*Quinze sangsues à l'anus; lavement purgatif; pédiluves sinapisés; boissons mucilagineuses; frictions sur l'épine avec un liniment calmant.*)

Le sixième jour, diminution des douleurs. (*On applique un vésicatoire à la nuque, et vingt-quatre sangsues derrière chaque oreille.*)

Le septième jour, sommeil agité; sensibilité de la tête et du dos exaltée; raideur tétanique de la nuque et du tronc; face pâle, exprimant la douleur; respiration plus pénible que les jours précédents, pouls conservant la même fréquence. (*Saignée du bras; vésicatoire au sacrum; sinapismes aux jambes; lavement avec l'assa-fœtida.*)

Trois minutes après la saignée, le sang était couvert d'une couenne épaisse, à bords relevés, franchement inflammatoire. Au bout d'une heure, l'état de la malade avait subi une amélioration sensible; la face avait une expression plus naturelle; l'anxiété générale était moindre, la respiration plus libre; la peau, qui jusqu'alors avait été sèche, se couvre d'une sueur abondante: ce changement favorable engage à réitérer la saignée.

Le huitième jour, le mieux se soutient; il survient toutefois pendant la nuit un peu de délire. (*Même traitement; une nouvelle saignée; on fait sécher les vésicatoires.*)

Le neuvième jour, le sang de la dernière saignée offre le même aspect inflammatoire que celui des deux premiers jours, mais l'ensemble des symptômes est moins satisfaisant; douleur de la tête et du dos plus vive; face grippée; traits fortement altérés; regard incertain; réponses lentes et pénibles. (*Vingt-quatre sangsues en forme de cordon sur cha-*

que côté de la colonne vertébrale; lavement avec deux onces d'huile de ricin.)

A quatre heures du soir, la malade ne répond pas aux questions qui lui sont adressées; sueur abondante; gémissements continuels; soubresauts de tendons; pouls petit, fréquent; respiration courte.

Le dixième jour, sueur froide et visqueuse sur la face; yeux éteints, insensibles à toute impression extérieure; on ne peut exciter aucun mouvement, soit en pinçant, soit en tordant la peau; carphologie, soubresauts des tendons tellement multipliés qu'ils empêchent de sentir le pouls; trismus violent; mort à midi.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Le canal rachidien, ouvert dans toute son étendue, et la dure-mère incisée, on trouve une couche de matière blanchâtre, opaque, membraniforme, étendue sur le rachis depuis le grand trou occipital jusqu'au sacrum; en la pressant avec le doigt, on fait refluer dans le crâne un liquide trouble, mêlé de grumeaux albumineux; en grattant avec le scalpel sur cette couche membraniforme, l'instrument glisse et n'enlève rien, ce qui semble annoncer l'existence d'une membrane au-dessus de cette couche: la dissection ne tarde point à la démontrer. En détachant l'arachnoïde de la surface interne de la dure-mère, on parvient à voir que la membrane diaphane qui recouvre la couche purulente n'en est qu'une continuation; c'est évidemment la portion de l'arachnoïde qui, dans l'état ordinaire, tapisse la pie-mère, et qui en est ici séparée par une couche purulente: ici donc, le pus se trouve exhalé, non dans la cavité même de la membrane séreuse, mais à la surface externe de cette membrane, dans le tissu cellulaire qui l'unit à la pie-mère.

Sur le cerveau, l'arachnoïde et la pie-mère sont fortement injectées vers la scissure de Sylvius. Du côté droit, existe une concrétion albumineuse, pareille à celle qui remplit le canal vertébral; on en trouve une autre plus épaisse à la surface externe de l'hémisphère droit, près de la grande scissure interlobulaire. Des concrétions, semblables aux précédentes, existent au-dessous de la tente du cervelet, surtout dans le voisinage de l'éminence vermiculaire supérieure; enfin, on en trouve une plus grande quantité que partout ailleurs, entre la face inférieure du cervelet et la base du crâne. Les ventricules latéraux et le troisième ventricule sont fortement distendus par une grande quantité de sérosité lactescente. Les organes de la poitrine et de l'abdomen sont sains.

Cette observation présente réunis différents symptômes qui caractérisent de la manière la plus tranchée l'inflammation aiguë des membranes de la moelle. Cependant ce n'est point par ces symptômes que commence la maladie. A son début, on l'eût prise volontiers pour une simple névrose, et peut-être n'était-elle pas d'abord autre chose: nous croyons, du reste, qu'il en est ainsi dans beaucoup de cas, et qu'un certain nombre d'inflammations sont précédées d'une simple perturbation nerveuse, en laquelle consiste au principe toute la maladie: alors des narcotiques en font merveilleusement disparaître les symptômes; mais laissez-la marcher, et bientôt elle aura changé de nature; et ces désordres fonctionnels, qui tout-à-l'heure encore étaient l'expression d'un trouble tout isolé de l'innervation, seront désormais produits et entretenus par un travail inflammatoire; désormais aussi les narcotiques seraient nuisibles, et d'autres moyens doivent les remplacer.

Pendant cette première période, qui paraît toute nerveuse, apparaissent aussi des vomissements qui, si souvent, se lient aux affections cérébrales, en marquent le début, et en précèdent les symptômes caractéristiques. Ce n'est que du quatrième au cinquième jour, après la manifestation de ces divers accidents, que se montrent enfin les premiers phénomènes qui puissent révéler la nature et le siège de la maladie. L'intelligence reste long-temps intacte; au contraire, le sentiment et le mouvement sont gravement altérés. Dans aucune des observations précédentes, nous n'avons vu rien de semblable à cette douleur vive qui régnait tout le long de la colonne vertébrale, et qu'accompagnaient des accidents tétaniques. Vers la fin, ces symptômes caractéristiques cessent, et ils sont tout simplement remplacés par ceux que nous avons notés dans plus d'un cas de simple méningite cérébrale; c'est que cette dernière existait aussi; mais vraisemblablement l'inflammation n'avait monté du canal rachidien dans le crâne que vers les derniers temps. Comment ne pas remarquer ce mieux passager à la suite duquel on n'observa plus que les symptômes de la méningite rachidienne?

Une fois la première période passée, les vomissements cessèrent, et dès ce moment les fonctions digestives ne présentèrent plus aucun trouble notable. Le pouls resta constamment fréquent, et la respiration offrit une gêne plus notable et plus constante que chez la plupart des sujets dont nous avons rapporté jusqu'à présent les observations. Cela dépendait-il de ce que l'affection portait ici spécialement sur la moelle épinière, dans laquelle nous comprenons le bulbe rachidien? Nous sommes porté à le penser.

Avant de terminer ces réflexions, nous ferons encore remarquer la cause morale qui amena la suppression des règles, et qui fut immédiatement suivie du développement d'accidents

graves. C'est encore là une raison pour penser que dans le principe ceux-ci furent purement nerveux.

## XXIX. OBSERVATION.

Luxation spontanée des deux premières vertèbres cervicales. Hémiplegie.

Un homme, âgé de trente-cinq ans, cordonnier, bonne constitution, cheveux noirs, peau brune, a toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est qu'il a eu deux fois la syphilis et trois fois la gale. Il dit avoir été bien traité de ces deux maladies. Dans le courant de l'année 1818, il ressentit au genou gauche une douleur qui persista trois semaines; puis elle se déplaça et se montra aux reins, où elle resta fixée pendant quatre ou cinq mois. Plus tard elle reparut sur le devant de la poitrine; elle se transporta ensuite à la cuisse gauche, et y demeura pendant huit mois. Quinze jours après sa disparition, Fontaine ressentit une nouvelle douleur au côté gauche de la tête; elle s'étendit bientôt au même côté de la face. Cette douleur persistait encore au mois d'avril 1822. A cette époque, le malade commença pour la première fois à se plaindre du cou. Les mouvements de cette partie devinrent gênés; puis, vers le commencement du mois de mai, le malade rendit pendant plusieurs jours, comme par régurgitation, une grande quantité de pus. M. Hervey de Chégoïn, qui vit le malade à cette époque, pensa que cette évacuation purulente était due à un abcès formé entre le pharynx et la colonne vertébrale, et ouvert dans le pharynx. Cependant elle cessa spontanément au bout de quelques jours; mais à dater de cette époque, la face du malade s'altéra d'une manière rapide; il maigrit beaucoup; il continua à éprouver une douleur au côté gauche du cou, sa tête s'inclina sur l'épaule droite, et sa face se tourna

du même côté. Le 6 juin, les doigts de la main gauche devinrent le siège d'un picotement incommode; le 7, ils étaient engourdis, et ne pouvaient être remués que difficilement; le 8, tout le membre thoracique gauche était privé de mouvement; le 9, le malade s'aperçut que le membre abdominal gauche était un peu plus faible que le droit.

Entré à la Charité le 10 juin, il présenta l'état suivant :

Décubitus sur le dos; tête et face inclinées à droite, sans qu'aucun des muscles *sterno-mastoïdiens* soit sensiblement contracté; élancements très-douloureux dans tout le côté gauche de la tête; pupille gauche moins large que la droite; conjonctive de ce côté fortement injectée; paupière gauche un peu abaissée sur l'œil; vision égale des deux côtés; aucune illusion des sens; facultés intellectuelles intactes; perte complète de la faculté contractile du bras gauche, qui ne présente aucune espèce de contraction; la sensibilité y est conservée intacte; diminution notable du mouvement du membre abdominal gauche.

Langue un peu rouge; appétit; constipation; urines ordinaires; pouls lent.

Un cautère existait à la nuque, on recommanda de l'entretenir.

Le lendemain 11, la tête ayant été un peu dérangée de sa position pendant le pansement, et ramenée légèrement à gauche, ainsi que la face, les deux membres droits perdirent tout-à-coup la faculté de se mouvoir; ils la recouvrèrent dès que la tête eut repris sa position accoutumée.

Le 12, le 13 et le 14, délire la nuit; pouls fréquent; même état d'ailleurs. (*Limonades; sinapismes.*)

Le 15, le pouls a perdu sa fréquence.

Le 26, à six heures du matin, le malade était dans le même état que les jours précédents; il causait paisiblement avec ses

voisins, et rien n'annonçait encore que sa fin fût prochaine. A sept heures, il cessa tout-à-coup de parler; son corps se couvrit d'une sueur froide, sa respiration devint d'une lenteur remarquable, puis s'arrêta entièrement, et le malade succomba à sept heures et demie.

#### OUVERTURE DU CADAVRE,

25 heures après la mort.

Le cerveau, examiné avec le plus grand soin, ne présenta dans sa substance aucune lésion appréciable; ses ventricules étaient à peu près vides; l'arachnoïde extérieure offrait une assez vive injection.

A l'instant où le mésocéphale fut séparé du bulbe rachidien, nous vîmes s'écouler en abondance du grand trou occipital un pus sanieux d'un gris rougeâtre. Le ligament transversal de l'atlas, qui sépare la moelle épinière de l'apophyse odontoïde, était entièrement détruit, et cette apophyse était en contact immédiat avec la moelle, qui, pressée par elle, était transformée à son niveau en une véritable bouillie. L'apophyse, dans toute son étendue, était rugueuse et inégale.

La cavité articulaire supérieure de la masse latérale gauche de l'atlas ne tenait plus par aucun lien ligamenteux, par aucune capsule, au condyle de l'occipital; l'une et l'autre présentaient un aspect noir et rugueux; elles baignaient dans une grande quantité de pus. La partie gauche de l'arc postérieur de l'atlas était également cariée.

L'apophyse articulaire inférieure de l'atlas et la supérieure de l'axis du côté droit étaient aussi séparées l'une de l'autre, et leur surface était noire et rugueuse.

Enfin, la partie gauche de la face antérieure du corps de l'axis était également privée de périoste, et hérissée de nom-

breuses aspérités; elle était séparée du pharynx par une collection purulente d'un gris sale, et qui communiquait avec ce conduit par un trajet fistuleux dont l'orifice correspondait au niveau à peu près de la quatrième vertèbre cervicale.

La colonne vertébrale ne présente aucune autre lésion, non plus que la moelle.

Les viscères thoraciques et abdominaux parurent dans leur état physiologique.

Essayons de rapprocher les lésions trouvées chez cet individu des symptômes qu'il a présentés pendant la vie, et voyons jusqu'à quel point les unes peuvent clairement expliquer les autres.

Il est d'abord bien évident que l'évacuation purulente qui avait eu lieu par la bouche deux mois environ avant la mort avait effectivement l'origine que lui avait attribuée notre estimable confrère M. Hervey; il est vraisemblable que du pus devait s'écouler encore journellement par l'orifice fistuleux dont était percée la paroi postérieure du pharynx; mais ne sortant qu'en petite quantité à la fois, il passait probablement dans l'estomac.

Il est encore vraisemblable que la maladie des deux premières vertèbres cervicales commença long-temps avant qu'elle ne se manifestât par aucun symptôme bien tranché; mais à mesure que cette maladie fit des progrès, les divers ligaments qui assurent les rapports mutuels de l'occipital et des deux premières vertèbres se détruisirent peu à peu, et subirent enfin une désorganisation totale. Dès que cette destruction fut portée à un certain degré, le déplacement des surfaces articulaires dut en être la suite inévitable; de là, compression de la moelle par les vertèbres luxées. Mais il y avait également une luxation

à droite et à gauche. L'inclinaison de la tête et de la face à droite nous indique que le déplacement avait eu lieu surtout à gauche, dans l'articulation atloïdo-occipitale; aussi la paralysie existait-elle de ce côté. Un jour, l'on observa une paralysie momentanée du côté droit, à la suite d'un léger changement dans la position de la tête. Ce fait se conçoit encore facilement, en admettant que dans ce changement de position les surfaces articulaires malades du côté droit vinrent à chevaucher l'une sur l'autre.

L'inclinaison permanente de la tête, sans contraction des muscles sterno-mastoïdiens, aurait pu porter à soupçonner l'existence d'une luxation des vertèbres.

La manière dont la tête s'inclinait sur l'épaule, sans que le cou semblât participer à cette flexion, comme cela arrive dans les mouvements naturels, indiquait que la luxation avait lieu très-haut.

Il faut encore admettre que d'abord l'apophyse odontoïde ne subit qu'un très-faible déplacement. Mais il arriva une époque où, soit à la suite de quelque mouvement brusque, soit par la destruction spontanée du ligament transversal, la moelle épinière se trouva comprimée et désorganisée par cette apophyse. Nous pouvons rapporter ce phénomène à l'époque où le malade cessa tout-à-coup de parler, et où sa respiration s'embarrassa; la mort survint dès que la désorganisation de la moelle fut telle qu'elle cessa de pouvoir remplir ses fonctions.

Nous ne chercherons point à discuter si quelque rapport existait entre la maladie des os et la syphilis ou l'affection rhumatismale dont ce malade avait été tour à tour atteint; mais beaucoup de médecins n'hésiteraient pas sans doute à reconnaître comme cause de la carie des vertèbres l'une ou l'autre de ces affections.