

## I

## Pachyméningite cervicale hypertrophique.

—  
Considérations générales.

## A. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Cette maladie, bien décrite par Charcot et Joffroy en 1869, et par Joffroy dans sa thèse, en 1873, est anatomiquement caractérisée par la présence, au niveau du renflement cervical et généralement à la partie postérieure de la moelle, d'une tumeur dure, bien limitée, ayant 6 à 7 millimètres d'épaisseur, adhérente aux ligaments vertébraux et à la moelle; elle est formée par les méninges très épaissies (la dure-mère surtout) et étroitement confondues. La lésion commence, semble-t-il, par la face interne de la dure-mère (pachyméningite interne).

La moelle est atteinte, au voisinage, de *myélite diffuse transverse*, subaiguë ou chronique; au-dessus et au-dessous de ce foyer initial, les faisceaux médullaires peuvent dégénérer. D'après Adamkiewicz<sup>1</sup>, la myélite serait consécutive à la thrombose de vaisseaux radiés émanant de la pie-mère; Wieting<sup>2</sup> admet la réalité d'une artérite méningo-médullaire, mais nie l'existence des infarctus.

Les racines nerveuses sont le plus souvent comprimées et atrophiées, quelquefois sclérosées.

## B. — SYMPTOMATOLOGIE.

La symptomatologie comprend : 1° une période douloureuse; 2° une période paralytique et atrophique, subdivisée par cer-

1. ADAMKIEWICZ. — *Cong. de méd. int.*, Vienne, 1890 (*Sem. méd.*, 23 avril 1890, p. 141).

2. WIETING. — *Ziegler's Beitr. z. path. Anat.*, 1893 (*Rev. neurol.*, 15 août 1893, n° 15, p. 416).

tains auteurs en deux stades, l'un de paralysie, l'autre d'atrophie.

1° *Période douloureuse*. — Elle comprend, tout d'abord, de vives douleurs à la nuque et dans la région postérieure du cou; habituellement continues, ces douleurs présentent des paroxysmes spontanés (souvent nocturnes) ou provoqués par les mouvements et la pression des apophyses épineuses; elles s'accompagnent de l'immobilisation du cou et d'un « aspect soudé » du sujet.

Les douleurs *irradient*, d'une part vers la partie inférieure de la colonne vertébrale, d'autre part vers la partie postérieure, et quelquefois même la partie antérieure du crâne. Elles irradient aussi vers le tronc et les membres supérieurs, donnant naissance à des *pseudo-névrologies* vagues et diffuses, erratiques, qui peuvent présenter un caractère fulgurant; elles occupent de préférence les articulations, s'exagèrent par la pression et les mouvements, et ne sont accompagnées ni de gonflement ni de chaleur. Ces douleurs névrologiques, qui peuvent être les seules perçues, sont souvent précédées de sensation d'engourdissement ou de fourmillement, et coïncident fréquemment avec l'hyperesthésie de la région douloureuse.

Exceptionnellement, les douleurs envahissent les membres inférieurs ou affectent la forme hémiplegique.

Il est fréquent de voir survenir, à cette période, des nausées, des vomissements, de l'insomnie.

La durée moyenne de ce stade est de cinq ou six mois, puis les douleurs disparaissent généralement.

2° *Période paralytique et atrophique*. — Les deux manifestations (paralysie et atrophie), d'intensité variable, sont habituellement simultanées et parallèles dans leur évolution; elles s'accompagnent de *secousses fibrillaires* et de diminution dans la contractilité électrique. Leur distribution est irrégulière; elles occupent surtout la zone d'innervation motrice du cubital et du médian, d'où l'extension du poignet (*main de prédicateur*) et la production d'une *griffe radiale*; la main est souvent déjetée vers son bord cubital (déviation dite *en coup de vent*). Ces déformations sont généralement transitoires.



Quand il y a participation des membres inférieurs, ceux-ci sont atteints de contracture permanente, avec exagération des réflexes et trépidation épileptoïde, en un mot de *paraplégie spasmodique*, sans atrophie.

La *sensibilité* peut être modifiée de façon variable; on a noté de l'hyperesthésie, de l'anesthésie, une dissociation syringomyélique de la sensibilité. — Comme *troubles trophiques*, on a signalé, dans les régions douloureuses, la présence de vésicules (zona), de bulles, le glossy-skin, l'altération des ongles. En cas de myélite concomitante, les eschares (sacrum, fesses, trochanter, talon), sont habituelles. — Des *troubles génito-urinaires* (azoturie, satyriasis) ont été observés par Hirtz. — Les *troubles bulbaires* sont exceptionnels.

#### C. — ÉTIOLOGIE.

La pachyméningite cervicale hypertrophique s'observe surtout chez l'adulte. Le *froid* et l'*arthritisme* ont été incriminés; le *traumatisme* serait, d'après Köppen<sup>1</sup>, la cause unique de l'affection. Depuis quelques années on a insisté (Rosenblath<sup>2</sup>, Köppen, Brissaud<sup>3</sup>) sur ses rapports avec la *syringomyélie*, qui tantôt lui emprunterait son tableau symptomatique (Joffroy, Achard, Brühl, Brissaud), tantôt au contraire surviendrait à titre de syndrome épisodique au cours de la pachyméningite, tantôt enfin se superposerait à cette dernière.

Le *pronostic* de la pachyméningite est grave, mais plutôt au point de vue fonctionnel qu'au point de vue de l'existence. La *guérison* est, toutefois, possible, même après plusieurs années de paralysie et d'atrophie (Hirtz<sup>4</sup>, Remak<sup>5</sup>), mais sa réalisation est subordonnée à l'intégrité de l'axe médullaire. — La *mort*, lorsqu'elle survient, est due à une affection intercurrente (tuber-

1. KÖPPEN. — *Arch. f. Psych.*, 1895, XXVII, 3, p. 918 (*Rev. neurol.*, 15 avril 1896, n° 7, p. 197).

2. ROSENBLATH. — *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 29 mars 1893, p. 210.

3. BRISSAUD. — *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895, p. 177.

4. HIRTZ. — *Arch. gén. de méd.*, mars 1886, p. 641.

5. REMAK. — *Deut. med. Wochs.*, 1887, n° 26.

culose) ou à des complications d'ordre trophique (eschares). — La *durée* moyenne de l'affection est de cinq à vingt ans.

#### D. — DIAGNOSTIC.

Le diagnostic doit être fait avec le *torticolis* vulgaire, l'*arthrite cervicale* (Albert Robin et Londe<sup>1</sup>), la *névralgie cervico-occipitale*, la *myélite cervicale*, le *mal de Pott cervical* et toutes les autres causes de *compression médullaire cervicale*, le *rhumatisme chronique*, l'*atrophie musculaire progressive Aran-Duchenne*, la *sclérose latérale amyotrophique*, l'*hystérie* (Poirier<sup>2</sup>).

## II

#### Autres variétés de méningites spinales chroniques.

L'inflammation, suivant son intensité et son point de départ (moelle, corps vertébraux), peut affecter isolément telle ou telle des membranes méningiennes, ou les frapper en masse; l'altération peut débiter en un point quelconque du rachis et occuper une surface plus ou moins considérable. Quelquefois elle succède à l'inflammation aiguë des méninges; le plus souvent elle est chronique d'emblée.

#### A. — ÉTIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° La *pachyméningite spinale*, en dehors de sa forme spéciale et primitive que nous venons d'étudier et de celle qui accompagne le mal de Pott (nous en avons fait l'histoire au chapitre de la *Compression de la moelle*), est une lésion assez rare. On la voit survenir à la suite de *traumatismes* vertébraux, d'*hémorragies rachidiennes*, quelquefois de la *syphilis* (Darier<sup>3</sup>, Lamy<sup>4</sup>), d'autres fois spontanément (Rendu, Howard Tooth). Elle débute en général par la surface externe de la dure-mère et provoque

1. ALBERT ROBIN et LONDE. — *Rev. de méd.*, 1894.

2. POIRIER. — *Th. de Paris*, nov. 1890.

3. DARIER. — *Soc. anat.*, janv. 1893.

4. LAMY. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, p. 104.