

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.

un épaississement de la membrane susceptible de comprimer la moelle, ou même d'appeler le développement d'une myélite transverse.

2° La *leptoméningite*, ou inflammation de la pie-mère, joue, d'après Strümpell, dans la plupart des myélites, un rôle aussi important que les adhérences pleurales dans bon nombre de pneumopathies. On l'observe surtout dans le tabès, les scléroses combinées, la plupart des cas de tabès spasmodique d'Erb, la paralysie générale, le syphilis spinale<sup>1</sup>; d'après Faure<sup>2</sup>, elle viendrait aussi compliquer certaines myélites transverses, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie agitante, l'acromégalie. La goutte, le rhumatisme chronique, l'alcoolisme (Vierordt, Mott<sup>3</sup>) peuvent également l'évoquer; enfin la tuberculose lui sert quelquefois de générateur, par elle-même et en tant que maladie générale, indépendamment de toute infiltration spécifique des méninges et du rachis (Goldscheider<sup>4</sup>).

Anatomiquement, la leptoméningite se traduit par l'épaississement et une plus riche vascularisation de la pie-mère, qui est fréquemment soudée à l'arachnoïde et peut également adhérer à la dure-mère ou à l'écorce médullaire; l'altération est tantôt généralisée, tantôt partielle ou disséminée, et prédomine habituellement à la partie postérieure de la cavité rachidienne. Au voisinage de la lésion méningée, la moelle présente ordinairement une sclérose superficielle ou profonde, d'étendue et d'extension variables: les cordons de Goll ont été trouvés symétriquement dégénérés dans un cas de Mott; Goldschmidt, Ribail<sup>5</sup>, Béhier<sup>6</sup>, Borgherini<sup>7</sup> ont observé la dégénération des-

1. DINKLER (*Deut. Zeit. f. Nerven*, 1893; *Rev. neurol.*, 31 mars 1893, n° 5, p. 120), après EISENLOHR, HOFFMANN, MINOR, a noté chez un tabétique la présence d'une méningite spinale syphilitique, — et RICHTER (*Berl. klin. Wochs.*, 3 juill. 1893) a fait la même constatation chez un sujet atteint de paralysie générale.

L'héredo-syphilis peut être également mise en cause (GASNE, *Th. de Paris*, 1897).

2. FAURE. — *Th. de Lyon*, déc. 1890.

3. MOTT. — *Amer. Journ. of the med. sc.*, janv. 1891, p. 36.

4. GOLDSCHIEDER. — *Berl. klin. Wochs.*, 21 sept. 1891, p. 935.

5. RIBAIL. — *Gaz. méd. de Paris*, 24 janv. 1885, p. 37.

6. BÉHIER. — *Th. de Paris*, 1885-86, n° 77.

7. BORghERINI. — *Wien. med. Jahr.*, 1887, n° 21 (*Rev. des sc. méd.*, 1888, n° 21, p. 103).

pendante des cordons latéraux et la dégénération ascendante des cordons postérieurs. Beaucoup d'auteurs en arrivent même à se demander si nombre de scléroses systématiques ou diffuses de la moelle ne seraient pas sous la dépendance d'une altération primitive des méninges. Lange et Vulpian, Déjerine, Adamkiewicz, Raymond<sup>1</sup> et Nageotte<sup>2</sup> font jouer à la méningite le principal rôle dans la genèse de diverses lésions médullaires. — Inutile d'ajouter que les racines rachidiennes sont souvent comprimées et atrophiées.

3° L'*arachnitis* (Ollivier [d'Angers], Vulpian) s'observe surtout chez les vieillards, les rhumatisants et les goutteux. Elle débute en général par le feuillet viscéral de la séreuse, qui s'épaissit, adhère aux membranes sus et sous-jacentes, et s'accompagne fréquemment d'une oblitération de la cavité sous-arachnoïdienne. D'autres fois, la lésion se présente sous forme de plaques blanchâtres plus ou moins épaisses, de consistance fibreuse ou calcaire. Ces lésions s'observent surtout à la partie inférieure du rachis et provoquent quelquefois une sclérose médullaire de voisinage, rarement suivie de dégénérescence médullaire, ascendante ou descendante.

#### B. — SYMPTÔMES.

Les méningites rachidiennes, quelle que soit la membrane qui leur serve de point de départ et sur laquelle elles prédominent, présentent des symptômes communs. Ce sont: une *douleur rachidienne* plus ou moins vive, exagérée par les mouvements et la pression; des *douleurs pseudo-névralgiques*, généralement bilatérales et symétriques, quelquefois fulgurantes; des *hyperesthésies* et des *paresthésies* (fourmillement, constriction thoracique), accompagnées de *contractures* ou d'*incoordination motrice*, auxquelles font suite tardivement, quand la moelle est intéressée à son tour, de l'*anesthésie*, de la *parésie*, des *troubles sphinctériens*, de l'*amyotrophie*.

1. RAYMOND. — *Arch. de neurol.*, janv.-fév. 1894.

2. NAGEOTTE. — *Arch. de neurol.*, oct. 1895, p. 273.

L'état des *réflexes* est très variable. Il existe quelquefois de la *fièvre*, lors des poussées aiguës ou subaiguës. Ribail insiste sur la fréquence, au cours de la lepto-méningite et de l'arachnitis, d'un *tremblement intentionnel* (c'est-à-dire survenant au cours des mouvements volontaires), tout à fait analogue à celui de la sclérose en plaques.

Faure distingue, dans sa thèse, quatre formes cliniques de méningite chronique : 1° la *pachyméningite* interne ou externe, qui évoque le tableau de la myélite transverse ; 2° la *lepto-méningite en plaques*, qui offre de nombreuses analogies avec la sclérose en plaques et n'en diffère que par l'absence de phénomènes cérébraux ; 3° la *lepto-méningite postérieure*, qui simule l'ataxie ; 4° la *lepto-méningite postéro-latérale*, qui reproduit le syndrome du tabès spasmodique ou du tabès combiné.

#### C. — DIAGNOSTIC.

Le diagnostic différentiel de la méningite spinale chronique et des *myélopathies* est très difficile, étant donnée surtout leur association fréquente sous forme de *méningo-myélite*. Tout ce que l'on peut dire, c'est que l'existence de violentes douleurs rachidiennes et de névralgies symétriques, surtout s'il existe en même temps des contractures, doit faire songer à la méningite ; l'anesthésie, l'abolition des réflexes, l'amyotrophie, les troubles sphinctériens, permettront de conclure à une myélite concomitante.

### III

#### Traitement des méningites spinales chroniques.

En présence de toute méningite chronique, aussi bien dans a pachyméningite cervicale que dans les autres variétés, le praticien devra, comme dans la forme aiguë, songer à remplir les trois indications suivantes :

1° Supprimer la cause ;

2° Combattre l'inflammation méningée ;

3° Traiter les symptômes prédominants (douleurs, paralysie, atrophie, etc.).

A. — L'indication *causale* sera remplie par le *traitement spécifique* (frictions ou injections mercurielles, iodure de potassium à l'intérieur) si la syphilis est en jeu, et l'*intervention chirurgicale* (laminectomie) lorsqu'elle est indiquée, dans la pachyméningite due au traumatisme ou au mal de Pott, par exemple. La légitimité de ce mode de traitement et sa technique seront déterminées conformément aux règles formulées dans le chapitre des Compressions de la moelle.

B. — L'*inflammation des méninges*, plastique et formative, est justiciable d'une double médication, *altérante* et *dérivative*. L'*iodure de potassium* (1 à 2 grammes par jour), associé au *bromure de sodium* (1 à 2 grammes) en raison de l'élément douloureux, l'*ergot de seigle* (0<sup>sr</sup>,05 à 0<sup>sr</sup>,10, matin et soir), feront les frais de la première ; les topiques appliqués sur le rachis (*teinture d'iode* en badigeonnage tous les trois ou quatre jours, *cautères volants* ou *cautères à demeure* dans les cas d'inflammation très localisée, *vésicatoires* tous les quinze jours, *pointes de feu* hebdomadaires) représenteront la seconde. La même indication sera remplie par l'*hydrothérapie tiède* et sans choc, la *suspension*, l'*électrothérapie* (courants continus faibles au niveau de la moelle, courants induits à la périphérie, hormis le cas de contractures), les *eaux minérales* (*Lamalou, Balaruc, Néris*).

S'il survient, à un moment donné, des poussées aiguës du côté de la moelle, on leur opposera les *antiphlogistiques* et les *révulsifs* : ventouses scarifiées, sangsues à l'anus, purgatifs drastiques, bains de pieds sinapisés.

C. — La principale *indication symptomatique* sera fournie par les *douleurs* rachidiennes et pseudo-névralgiques. Quel que soit leur siège, ces douleurs seront tributaires de la médi-