

L'autopsie n'a pas pu être complétée par une dissection des branches du nerf trijumeau jusqu'à leur périphérie, ni par un examen microscopique de ces branches. La protubérance annulaire et le bulbe n'ont pas été emportés, comme on l'avait indiqué, pour être soumis à des recherches ultérieures, après durcissement convenable.

SECTION III. — MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE
ET DES ENVELOPPES.

ARTICLE PREMIER.

A. — Méningo-myélite sub-aiguë.

Les méninges rachidiennes peuvent, isolément, sans que la moelle participe d'une façon très-notable au processus, être atteintes d'inflammation; celle-ci occupe ou toutes les membranes à la fois, ou une d'entre elles séparément; les termes de pachy-méningite, arachnitis, pie-mérite et mieux lepto-méningite, répondent à ces diverses variétés du siège de l'inflammation. Le plus souvent, lorsqu'il s'agit de la lepto-méningite spinale, le nom de méningo-myélite s'impose au clinicien, car les symptômes de la maladie ne peuvent en général s'expliquer qu'en admettant que la moelle épinière est elle-même, à un certain degré, le siège d'une irritation inflammatoire plus ou moins superficielle.

La méningite spinale aiguë ou subaiguë frappe habituellement, toutes les deux ensemble, l'arachnoïde et la pie-mère, et les couches superficielles de la moelle épinière. Produite quelquefois par le traumatisme, les tumeurs, les irritations de la moelle, elle se rencontre encore dans le cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de l'érysipèle, du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, etc. Dans une autre ordre d'idées, le froid, les

efforts musculaires excessifs ou prolongés en sont aussi les causes indiscutables. Chez le malade de l'observation CXXXV, il s'est agi probablement d'une atteinte rhumatismale des enveloppes de la moelle et de ce centre nerveux.

Le malade, âgé de 34 ans, a toujours été bien portant; il exerçait la profession de boulanger, profession pénible, dans laquelle les ouvriers sont exposés à de fréquents refroidissements. Le 1^{er} mars dans la matinée, en revenant de travailler, il se sentit mal à l'aise; presque aussitôt, il eut un violent frisson qui dura cinq heures; ce frisson fut suivi d'une chaleur très-vive et de sueurs abondantes. Dès le soir de ce jour, le malade éprouva une douleur lombaire très-intense; elle était assez forte pour lui arracher des cris quand on remuait son lit.

Les jours suivants, la fièvre ne reparut plus; mais la douleur persista toujours, continue, exacerbante par moments; elle occupait les lombes, et elle s'irradiait dans les cuisses.

Ces douleurs existaient depuis sept semaines, tantôt violentes, tantôt plus faibles, quand le malade se décida à entrer à l'hôpital. A cette époque, 23 avril, les douleurs étaient localisées de chaque côté de la colonne lombaire, au niveau du sacrum. Dans cette région, la pression était très-douloureuse; la douleur était plus vive à gauche qu'à droite; irradiations douloureuses dans les cuisses; sensibilité intacte; la marche était difficile, à cause des douleurs. Il y avait encore de temps à autre un léger état fébrile.

Au bout de quelques jours, le malade maintenait sa cuisse gauche demi-fléchie. Quand on voulait l'étendre, il souffrait beaucoup dans les lombes. Un peu plus tard, les douleurs des cuisses disparurent, et elles se fixèrent au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

On appliqua des ventouses scarifiées; on mit des vésicatoires. Le 2 mai, il survint une douleur en ceinture, au

niveau de l'ombilic, et des contractions fibrillaires dans les masses musculaires de la région antérieure de la cuisse. Il y eut aussi, à cette époque, de la rétention d'urine qui dura trois jours.

Tous ces phénomènes, dans l'espace de trois mois, ont été tantôt s'aggravant, tantôt s'améliorant; ils ont toujours prédominé à gauche.

M. Vulpian, en présence de ces variations des symptômes, porta d'abord, sous toute réserve, le diagnostic rhumatisme aigu des méninges rachidiennes, ou méningomyélite aiguë légère. Après quelques jours d'examen, il n'avait plus de doute et affirmait l'existence d'une méningomyélite probablement de cause rhumatismale.

C'est dans des cas semblables que le diagnostic est parfois très-difficile, et que l'affection méningée peut être confondue avec les arthrites rhumatismales ou blennorrhagiques de la colonne vertébrale. M. Vulpian a insisté bien souvent sur ces faits.

OBSERVATION

Obs. CXXXV. — *Méningo-myélite sub-aiguë.*

Le nommé C... Louis, âgé de 34 ans, boulanger.

Entré le 23 avril 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 13.

Renseignements. — Le malade ne présente rien de particulier à noter au point de vue de l'hérédité. Il n'a jamais été atteint d'une affection grave quelconque. Il n'a pas eu de rhumatisme caractérisé, sous une forme ou sous une autre.

Le 1^{er} mars au matin, en sortant de son travail, il se sentit mal à l'aise; il fut presque aussitôt pris d'un frisson, qui dura depuis six heures du matin jusqu'à une heure de

l'après-midi. Ce frisson fut suivi d'une chaleur très-vive et ensuite de sueurs abondantes. Le médecin, qu'il vit ce jour même, lui aurait prescrit 5 pilules contenant chacune 0 gr. 10 de sulfate de quinine; le lendemain, dans la journée, 4 pilules, et le soir 3 pilules; la fièvre disparut.

Dès le soir du 1^{er} mars, le malade avait éprouvé une douleur lombaire très-intense, au point de ne pouvoir se retourner dans son lit; il poussait des cris lorsqu'il était obligé de se déplacer. La cessation de la fièvre, sous l'influence du sulfate de quinine, ne coïncida pas avec une amélioration sous le rapport de la douleur. Cette douleur persista, toujours continue, exacerbante. Le maximum de la douleur siégeait aux lombes et dans les cuisses; jamais il n'y a eu de paralysie véritable des membres inférieurs, mais seulement un peu de faiblesse.

Au bout de sept semaines, voyant que son état persistait, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

23 avril. *État actuel.* — Homme assez grand, très-maigre. Sa figure exprime la souffrance. La peau est pâle, sèche. — T. A. : 38°,5. Appétit presque nul. Le sommeil est interrompu par des douleurs incessantes. — Celles-ci sont localisées au niveau du sacrum. La pression y est très-douloureuse, surtout à gauche de la colonne vertébrale. Irradiation douloureuse dans les cuisses.

Légère parésie des membres inférieurs. La marche est difficile, surtout à cause des douleurs. La sensibilité est intacte. L'amaigrissement des membres inférieurs est assez prononcé, mais il faut remarquer que cet amaigrissement est général; il existe aux membres supérieurs, au tronc, à la face, comme aux membres inférieurs. — Ces derniers sont fréquemment le siège de contractions fibrillaires assez intenses.

Tous les organes sont sains. — Souffle doux au premier

temps, dans les vaisseaux du cou. — Urine normale. — La miction est facile.

24 avril. — Le malade maintient sa cuisse gauche demi-fléchie. L'extension lui cause une très-vive douleur aux lombes. La flexion est involontaire et se fait malgré le malade, qui ne peut pas maintenir sa cuisse étendue. T. A. : 38°,1. L'appétit est toujours très-médiocre.

La douleur paraît siéger dans les articulations sacro-iliaques, surtout dans celle du côté gauche. Les douleurs des cuisses ont disparu.

M. Vulpian diagnostique une méningo-myélite sub-aiguë.

Traitement. — Ventouses scarifiées : cinq de chaque côté de la colonne vertébrale, sur la région dorsale inférieure et la région lombaire supérieure. Sulfate de quinine : 1 gramme en 2 paquets.

Le lendemain, il y a une amélioration notable. Les douleurs sont beaucoup moins vives.

Cette amélioration ne dure pas. Trois jours après l'application des ventouses, les douleurs ont repris leur intensité première et tendent même à devenir plus vives encore.

2 mai. — Douleur en ceinture très-vive au niveau de l'ombilic. Quelques contractions fibrillaires dans les masses musculaires de la région antérieure de la cuisse.

En même temps, rétention d'urine ; elle persiste trois jours, pendant lesquels on est obligé de sonder le malade. T. A. : 37°,8. Les douleurs lombaires sont toujours vives. Urine normale. Vésicatoires sur la même région que la première fois.

15 mai. — Douleurs vives dans la région lombaire inférieure et sur les côtés de la région sacrée supérieure, surtout à gauche. Ventouses scarifiées sur la région lombaire.

16 mai. — Amélioration. Les douleurs sont moins vives. L'amélioration est encore de très-courte durée.

Les jours suivants, des contractions fibrillaires assez intenses se produisent encore, mais à intervalles irréguliers. Chaque fois que ces contractions se manifestent, la douleur lombaire augmente d'intensité.

25 mai. — Application de 12 pointes de feu, à l'aide du thermo-cautère Paquelin sur la partie inférieure de la région dorsale et la partie supérieure de la région lombaire, des deux côtés de la colonne vertébrale.

26 mai. — Amélioration. Douleurs moins vives. Le malade peut faire quelques pas autour de son lit en se tenant aux barreaux.

28 mai. — Les douleurs ont reparu presque aussi vives, et, avec elles, l'impossibilité de se tenir debout.

29 mai. — Application de 12 pointes de feu dans la même région.

29 mai. — Amélioration.

1^{er} juin. — Les symptômes reparaissent : tous les phénomènes, douleurs, contractions fibrillaires, sont plus marqués à gauche. On donne : iodure de potassium, 1 gramme, à prendre dans un quart de verre d'eau, immédiatement après le déjeuner ; vin de quinquina.

5 juin. — L'appétit est un peu revenu. Les douleurs lombaires persistent encore, ainsi que la douleur en ceinture. T. A. : 37°,1. On continue l'iodure de potassium. Nouvelle application de pointes de feu.

10 juin. — Les douleurs ont diminué d'intensité. Amélioration progressive de l'état général. Il semble y avoir un peu d'atrophie des muscles de la cuisse gauche ; mais la mensuration ne donne pas de résultats bien nets. En tout cas, la contractilité musculaire est tout à fait intacte. M. Vulpian prescrit des injections sous-cutanées de 1 centigramme de morphine dans les masses sacro-lombaires, alternativement à droite et à gauche.

Le malade, à la fin du mois, part en convalescence pour

Vincennes. Son état général était très-amélioré. La marche était redevenue possible ; cependant la fatigue était rapide. — Les douleurs lombaires se produisaient encore quelquefois, mais très-atténuées.

Remarque. — M. Vulpian, depuis qu'il a donné ses soins à ce malade, a eu à traiter d'autres cas plus ou moins analogues. Dans un cas où la cause était très-manifestement rhumatismale, et où l'affection méningo-myélitique ne datait que de 10 jours, l'emploi du salicylate de soude à la dose de 6 à 8 grammes a produit des effets rapides. Tous les symptômes ont diminué très-notablement d'intensité en deux ou trois jours. La guérison a été d'ailleurs activée ultérieurement par l'application de pointes de feu sur la région rachidienne, d'où irradiaient les douleurs. Dans un cas datant de 5 mois, l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur et l'application de pointes de feu sur la région douloureuse de la colonne vertébrale ont aussi eu pour résultat une amélioration des plus promptes.

B. — Méningite chronique.

La méningite chronique, cérébrale ou spinale, ou cérébro-spinale, est une affection relativement commune, mais dont le diagnostic est entouré de tant de difficultés, qu'on hésite toujours, comme le fait remarquer M. Vulpian, à le porter.

Les méninges sont envahies par l'inflammation chronique sur une étendue plus ou moins grande ; la lésion inflammatoire peut être limitée à la dure-mère, face externe ou face interne, à l'arachnoïde, à la pie-mère, ou bien elle occupe ces trois membranes à la fois.

Les lésions consistent en des épaissements plus ou moins considérables, le plus souvent visibles à l'œil nu ; d'autres fois, ils ne sont reconnaissables qu'à l'examen

histologique. Le tissu nouveau est dense, fibroïde, ou grisâtre et vascularisé ; la cavité arachnoïdienne, dans certains cas, est complètement oblitérée. M. Vulpian, à ce propos, faisait remarquer que les obstacles apportés au déplacement du liquide céphalo-rachidien, par la disparition de la cavité séreuse arachnoïdienne, devaient probablement, dans certaines conditions, exercer une influence plus ou moins notable sur le fonctionnement des centres encéphaliques.

Il est à peine besoin d'ajouter que, dans la méningite spinale chronique, comme dans la méningite spinale aiguë, il y a toujours souffrance plus ou moins marquée de la moelle.

La symptomatologie est vague, obscure : généralement, il existe des douleurs plus ou moins vives de la région rachidienne, des jambes, des cuisses ; ces douleurs sont aiguës, irrégulières, lancinantes, contusives, etc. Si les méninges cérébrales participent à l'inflammation, les mêmes douleurs sont observées du côté de la face ; fréquemment, on trouve de l'hyperesthésie cutanée ; des contractures surviennent quelquefois. Elles sont, d'habitude, précédées par des contractions fibrillaires des muscles, contractions d'ailleurs toutes transitoires.

On s'accorde à reconnaître, comme causes principales des méningites chroniques, l'alcoolisme, la syphilis, la diathèse rhumatismale, etc. ; certains auteurs se sont même attachés à décrire les formes spéciales, d'après eux, de méningites chroniques que l'on peut rencontrer suivant telle ou telle cause.

L'observation CXXXVI est un exemple de méningite chronique, principalement spinale, développée chez un malade âgé de trente-six ans, à la fois syphilitique et alcoolique. De plus, il était atteint d'épilepsie essentielle ayant débuté vers l'âge de quatorze ans. Le travail irri-