

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-

tatif des membranes spinales a-t-il commencé avant l'explosion de l'épilepsie? Les aliénistes ont décrit, comme lésion possible de l'épilepsie essentielle, des épaisissements méningés; dans le cas actuel, il serait difficile de répondre avec quelque assurance à la question que nous avons posée. Mais il est peu probable que l'épilepsie ait eu pour cause productrice un processus phlegmasique chronique des méninges. Il est à présumer que l'irritation chronique des membranes de l'encéphale et de la moelle épinière était de date plus récente et due surtout à l'alcoolisme.

Le malade, à l'âge de quatorze ans, éprouva très-fréquemment des éblouissements; il voyait des lumières, et il perdait connaissance; il se réveillait complètement brisé et anéanti. Ces attaques durèrent deux ans.

A vingt-trois ans, nouveaux accidents épileptiques; il eut à cette époque des crises convulsives; ces attaques durèrent trois ans.

En 1868, chancre induré, et, quelques mois après, accidents secondaires. En 1870, nouvelles attaques d'épilepsie. Actuellement (janvier 1877), le malade a, assez fréquemment, du vertige épileptique.

Son père était très-alcoolique, fait intéressant au point de vue de la genèse de l'épilepsie chez le fils. Lui-même s'est livré aux plus grands excès en fait de boissons alcooliques, d'après ses aveux.

Le malade, outre les symptômes ordinaires de l'alcoolisme, éprouvait des douleurs en ceinture, une sorte de constriction autour du thorax; même sensation de constriction dans les mollets, dans les cuisses; hyperesthésie cutanée à la face interne des cuisses; trémulation, contractures passagères, assez intenses dans les masses musculaires de la cuisse et des mollets.

Douleurs vives au pli de l'aîne, au niveau du grand

trochanter, dans le creux poplité; ces douleurs sont exaspérées par la pression; elles s'irradient souvent jusque dans les orteils.

Parfois, des douleurs violentes existaient à la partie postérieure de la tête; diplopie passagère; contractions fibrillaires involontaires des muscles de la face; bourdonnements d'oreilles; léger degré de surdité.

Tous ces symptômes, comme le faisait remarquer M. Vulpian, indiquent bien une irritation chronique des méninges; dans le cas actuel, les enveloppes spinales ont été plus envahies par la lésion que les méninges cérébrales.

OBSERVATION

Obs. CXXXVI. — *Epilepsie de l'adolescence.* — *Syphilis.* — *Alcoolisme.* — *Pleurésie.* — *Méningite chronique cérébro-spinale.*

Le nommée C... Martial, âgé de trente-six ans, cuisinier. Entré le 27 janvier 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 27.

Antécédents. — Ce malade, d'une forte constitution, dit s'être toujours bien porté; il est très-excitabile.

Vers l'âge de quatorze ans, il eut fréquemment des éblouissements, pendant lesquels il perdait complètement connaissance (il voyait des lumières, et très-vite il s'évanouissait). Après ces éblouissements, d'ailleurs de très-courte durée, il était brisé, anéanti. Ces éblouissements continuèrent à le tourmenter jusqu'à l'âge de seize ans. Il se maria à vingt-trois ans; quelques mois après son mariage, les éblouissements le reprirent, mais plus fréquents et plus accentués qu'autrefois; tous les quatre ou

cinq jours environ, il voyait des lumières et perdait complètement connaissance, tombait et avait alors, au dire de sa femme, des attaques de nerfs. Après l'attaque, il se trouvait entièrement anéanti, puis il dormait d'un profond sommeil et s'éveillait accablé, abruti.

Ces attaques durèrent environ trois ans.

Il ne fut pas, dit-il, très-heureux en ménage; au bout de deux ans, sa femme le quitta.

Abusant déjà depuis assez longtemps du vin, de l'alcool, de l'absinthe, il se mit à boire encore davantage.

En 1868, il contracta un chancre induré dont il porte encore les traces sur le gland; quelque temps après, il eut des croûtes dans les cheveux, des angines.

En 1870, ses éblouissements le reprennent; mais il ne tombe plus. Seulement il ressent de très-vives douleurs à la partie postérieure de la tête, surtout la nuit; de plus, il a des bourdonnements dans les deux oreilles et devient un peu sourd de l'oreille droite.

Il y a trois mois, il éprouva un éblouissement très-accentué, et il faillit tomber; mais il eut le temps de se retenir aux objets environnants.

Enfin, il y a quelques jours, il eut deux attaques nouvelles, et, dans l'une d'elles, il tomba, en perdant complètement connaissance.

Le père était très-alcoolique. Son frère, qui est mort de pneumonie tuberculeuse, était également sujet aux éblouissements; une de ses sœurs est morte de méningite tuberculeuse.

Il a eu quatre enfants, dont deux vivent encore et sont très-bien portants.

État actuel. — C'est un homme assez robuste, au teint fortement coloré. Son intelligence est médiocre; on ne parvient à tirer de lui des réponses nettes qu'avec assez de difficulté. La nuit, il est réveillé en sursaut par des

rêves affreux: il voit des rats, des serpents, etc.; il est poursuivi; il tombe dans des trous, etc.

Il dit maigrir depuis quelque temps; il est cependant encore assez fortement musclé.

Aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité dans les membres supérieurs; douleurs dans les épaules. Douleurs en ceinture; sentiment de constriction du thorax.

Il ressent dans les membres inférieurs des picotements, à la plante des pieds, dans les jambes. Sensation de constriction au niveau des mollets et des cuisses. Hyperesthésie à la face interne des cuisses.

Le malade marche bien, les yeux ouverts et les yeux fermés.

Douleurs vives à la partie postérieure de la tête, douleurs qui s'exagèrent surtout la nuit.

Il a eu depuis deux mois de la diplopie très-nette; contractions fibrillaires involontaires des muscles de la face.

Bourdonnements dans les oreilles; un peu de surdité.

Le *foie* est petit.

Le *cœur* est d'un volume normal; il se contracte normalement; bruit de galop à la pointe.

Les *poumons* paraissent sains.

On entend du souffle en arrière, au niveau de la racine des bronches. Pas de râles. Pas de matité.

Urine normale.

Traitement. — Ventouses sèches le long de la colonne vertébrale; 1 gramme d'iodure de potassium; vin de quinquina.

6 février. — Douleurs de tête vives. Le malade a eu un vertige pendant lequel il a complètement perdu connaissance. On donne 6 grammes de bromure de potassium; ou suspend l'iodure.

8 février. — Dyspnée violente; bronchite généralisée des deux côtés; névralgie intercostale droite.

9 et 10 février. — La dyspnée augmente; de même, les râles de bronchite. On entend des râles sibilants dans toute l'étendue des deux poumons, surtout à droite.

Foyers de râles sous-crépitaux à la partie moyenne et postérieure du poumon droit.

13 février. — Le malade tousse énormément, maigrit beaucoup; depuis ces quelques jours, il sue la nuit; crachats clairs, aérés, mousseux.

14 février. — Le malade a été pris hier, dans la soirée, d'un frisson assez intense. Il est très-oppresé. T. A., 39°,2. — L'examen de la poitrine donne les signes suivants :

Poumon droit. — Diminution des vibrations thoraciques en bas, en arrière, dans la moitié inférieure du thorax. Respiration soufflante et rude, en haut, sous la clavicule. *En arrière,* absence de murmure vésiculaire, presque complète en bas; en haut, quelques frottements sous forme de râles; souffle aigre, surtout à l'expiration, au niveau de la partie moyenne du bord spinal de l'omoplate. Œgophonie presque généralisée.

Poumon gauche. — Quelques râles sibilants et sous-crépitaux; respiration rude et soufflante au sommet. On applique un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, en arrière. Potion gommeuse avec 5 centigrammes de kermès minéral.

15 février. — L'épanchement a augmenté un peu.

16 février. — Le malade se sent mieux; l'épanchement diminue.

18 février. — La submatité a un peu augmenté en hauteur, mais la respiration soufflante s'entend néanmoins dans presque toute l'étendue du poumon.

Le malade tousse davantage, mais il respire plus facilement.

19 février. — On applique un nouveau vésicatoire.

Respiration rude, soufflante, surtout à l'expiration, à

droite. Le malade se sent un peu mieux. Il vomit après ses repas.

22 février. — L'épanchement diminue; le malade se sent mieux et tousse moins.

28 février. — L'épanchement est presque nul. Il n'y a plus de râles dans la poitrine.

25 avril. — Le malade quitte l'hôpital presque complètement remis de sa complication pulmonaire et part pour Vincennes. Les phénomènes névralgiques persistent.

3 mai. — Le malade rentre dans nos salles. Pendant son séjour à Vincennes, il fut pris encore, de temps à autre, de vertiges, d'éblouissements, surtout quand il se baissait; jamais il n'a perdu complètement connaissance; jamais il n'est tombé.

Il continue à avoir, de temps en temps, des points noirs devant les yeux. Céphalalgie persistante.

Depuis plusieurs jours, les sensations de constriction qu'il éprouvait à sa première entrée, dans les cuisses et les mollets, ont augmenté, surtout à gauche. Par instants, trémulation fibrillaire dans les masses musculaires antérieures de la cuisse gauche et le mollet.

Il ressent, de plus, des douleurs partant du pli de l'aîne et qui s'irradient vers le scrotum, la face interne de la cuisse à gauche. Ces douleurs sont exaspérées par la pression. Douleurs à gauche, au niveau de l'échancrure sciatique, entre le trochanter et l'ischion, dans le creux poplité. Ces douleurs s'irradient parfois jusque dans les orteils; elles sont exaspérées par la pression.

6 juin. — Le malade est remis, de nouveau, à l'usage du vin de quinquina et de l'iodure de potassium. Pendant son nouveau séjour à l'hôpital, il est repris de vertiges, d'éblouissements, avec perte de connaissance très-momentanée.

Les phénomènes pulmonaires ne se sont pas reproduits.

Les douleurs névralgiques multiples qu'éprouve le malade se sont plutôt accentuées davantage qu'atténuées.

C. — Myélite aiguë.

De même que l'on peut observer la méningite spinale aiguë dans le cours d'affections fébriles générales, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, en particulier dans la scarlatine, dans l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, de même, dans le cours de ces maladies, la myélite aiguë se montre aussi quelquefois. J'ai déjà cité, à propos des fièvres typhoïdes, l'observation d'un jeune homme de 23 ans, particulièrement intéressante à cet égard ; elle montre, comme je l'indiquais, que dans cette pyrexie aucun organe n'échappe à l'action du poison typhique, et que non-seulement il y détermine des troubles dynamiques, mais aussi des troubles matériels, des modifications de texture appréciables cliniquement.

On a cité déjà des observations de paralysies des membres inférieurs, dans le cours de la fièvre typhoïde. Les partisans de la théorie des paraplégies réflexes ont paru trouver dans ces cas un argument en faveur de leurs doctrines ; d'après eux, les ulcérations de l'intestin sont le point de départ d'excitations transmises à la moelle par les nerfs abdominaux, et la paraplégie est due à une modification vasculaire locale, déterminée par ces excitations. L'observation CXXXVII prouve que, dans certains cas, il s'agit non d'un trouble vasculaire local, plus ou moins permanent, mais d'une véritable affection inflammatoire, avec modification de tissus, en un mot d'une myélite aiguë. Que cette myélite aiguë soit due au retentissement sur la moelle des excitations des nerfs de l'intestin, par le fait de l'existence d'ulcérations de la membrane muqueuse, ou bien que la lésion inflammatoire aiguë de l'axe rachidien soit causée

directement par le poison typhique, peu importe ; ce qui est certain, c'est que la lésion se présente avec son caractère inflammatoire, bien défini symptomatiquement.

Le retentissement des affections des nerfs, ou de leurs irritations, dont j'aurai à parler à propos des observations d'atrophie musculaire, est aujourd'hui démontré ; les travaux de MM. Leyden, Tiesler, Hayem, Vulpian, etc., sur l'influence des lésions irritatives des nerfs, ne laissent pas de doute à cet égard ; la preuve du fait est donnée cliniquement et histologiquement. A propos de la pathogénie de l'affection du malade X..., on peut adopter l'une ou l'autre interprétation. Cependant il faut noter que, d'après les symptômes, les lésions médullaires n'ont pas été symétriques d'une façon absolue, qu'elles ont été plus marquées dans certains points de la région de substance grise atteinte que dans d'autres ; qu'il n'y a pas eu paraplégie, au sens ordinaire du mot : ces considérations ne sont pas faites pour entraîner vers l'hypothèse d'une affection de la moelle, produite par le mécanisme des affections dites réflexes de ce centre nerveux. D'autre part, il s'est agi, dans le cas dont je parle, d'une fièvre typhoïde à forme thoracique tout à fait accentuée, et les symptômes abdominaux ont été très-peu accusés. Ce n'est pas encore là une condition favorable à la supposition d'une affection médullaire dite réflexe.

Chez ce malade, la fièvre typhoïde a été particulièrement grave et de longue durée ; le mouvement fébrile, très-accusé. Des abcès multiples, très-volumineux pour la plupart, se sont produits pendant une longue série de jours ; presque tous ces abcès, circonstance méritant d'être notée, se sont formés dans le côté droit du corps, c'est-à-dire dans le côté où les douleurs ont été le plus fortes : des eschares très-larges ont apparu dans les lieux où les pressions étaient un peu intenses, aux fesses, au niveau des trochanters, aux