

prouve l'altération de leur myéline à ce niveau, ne dégèrent pas immédiatement à partir de ce point; mais ces prolongements cellulaires, blessés près de leur origine, se détruisent graduellement en commençant par leur extrémité, c'est-à-dire en commençant par la portion intra-médullaire des racines; le processus destructif se rapproche ainsi progressivement de la lésion initiale.

Les lésions des fibres des racines antérieures se présentent sous un aspect différent: elles ont subi une dégénération ascendante remontant à une certaine distance au-dessus du foyer vers la moelle, puis elles ont commencé à régénérer, chacune d'elles donnant naissance à un paquet de fibrilles fines qui restent emprisonnées dans la gaine de Schwann conservée de la fibre ancienne et forment ainsi des *îlots de régénération* que l'on suit sur une étendue de plusieurs millimètres.

Dans les nerfs périphériques, on observe des taches de dégénération qui

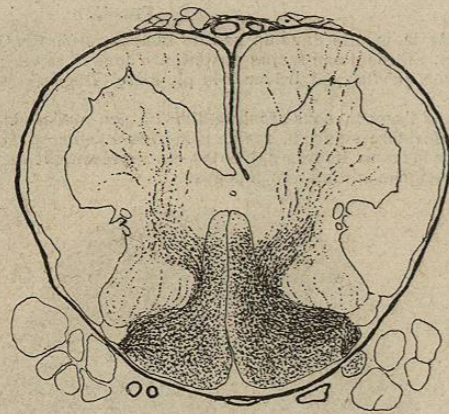


FIG. 44.

FIG. 44. — Coupe de la moelle au niveau de la 1^{re} sacrée dans un autre cas de tumeur cérébrale; méthode de Marchi; lésion des racines postérieures dans leur trajet intramédullaire. (D'après Nageotte.)



FIG. 45.

FIG. 45. — Ganglion et nerf radiculaire de la 1^{re} sacrée, un peu grossis. Au-dessus du ganglion rachidien, il existe une tuméfaction irrégulièrement bosselée qui répond au foyer de névrite radiculaire transverse.

répondent, suivant toute vraisemblance, aux filets radiculaires antérieurs détruits par les foyers de névrite radiculaire transverse.

J'ai rapporté ce cas avec quelques détails parce qu'il est favorable à l'étude des lésions amenées dans les fibres nerveuses par la présence d'un foyer inflammatoire siégeant sur leur trajet; à ce point de vue ce cas donne des renseignements qui ont une valeur générale, et qui sont corroborés d'ailleurs par les faits que l'on observe dans le tabes et dans les tumeurs cérébrales.

C'est en effet un processus tout à fait analogue que l'on rencontre dans un grand nombre de cas de tumeur cérébrale avec hypertension et, sans doute, adulation du liquide céphalo-rachidien. Dans les deux tiers des cas de tumeur cérébrale qu'ils ont observés, Batten et Collier ont constaté des lésions de racines et en particulier de racines postérieures médullaires, qui sont visibles le plus souvent par la méthode de Marchi exclusivement. Dans ces cas Nageotte a montré qu'il existe une névrite radiculaire transverse attaquant les racines

antérieures et postérieures, constituée par une périnévrite et par des foyers d'endonévrite au niveau desquels les fibres subissent un processus local de démyélinisation, avec conservation des cylindres-axes. Ce processus est comparable à ce que l'on observe dans la sclérose en plaques. Au sortir de ce foyer les racines postérieures paraissent le plus souvent normales, mais aussitôt qu'elles ont pénétré dans les cordons postérieurs leur myéline présente une altération intense. Dans les cas un peu anciens, la lésion des fibres au niveau du foyer inflammatoire va jusqu'à la destruction; il se produit à partir de ce point une véritable dégénérescence wallérienne.

Pour ce qui concerne le retentissement du foyer inflammatoire de la racine antérieure sur l'extrémité des nerfs périphériques moteurs, nous n'avons pas encore de renseignements.

C'est par un processus analogue que se constituent les lésions des nerfs optiques dans les tumeurs cérébrales. Indépendamment de l'œdème de la papille qui se voit à l'ophtalmoscope, il se forme dans le trajet du nerf des



FIG. 46.

FIG. 46. — V^e nerf radiculaire lombaire dans un troisième cas de tumeur cérébrale; méthode de Marchi et Carmin. Portion d'un fascicule de la racine antérieure au-dessus du foyer de névrite radiculaire transverse. Aspect complètement normal. (D'après Nageotte.)

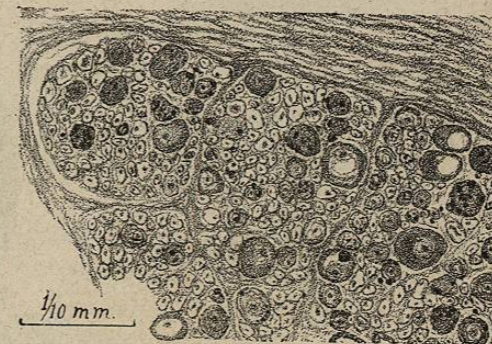


FIG. 47.

FIG. 47. — Portion du même fascicule au niveau du foyer de névrite radiculaire transverse. Tous les tubes sont altérés dans leur myéline et leur cylindre-axe.

lésions inflammatoires irrégulièrement distribuées aux différents fascicules et qui doivent jouer un rôle considérable dans les troubles de la vision. On sait en effet que le degré de l'œdème papillaire visible n'est pas en rapport avec la diminution de l'acuité visuelle constatée dans un cas donné.

La pathogénie de ces faits ne paraît pas être simple; il est certain que l'hypertension du liquide céphalo-rachidien joue un grand rôle, mais ce n'est pas le facteur unique, car les foyers inflammatoires des nerfs radiculaires siègent en des points où le liquide céphalo-rachidien n'a accès que par l'intermédiaire de fentes capillaires; or celles-ci, dans les cas observés par Nageotte, ne sont pas dilatées. Il est probable qu'il faut invoquer la présence d'une substance nocive dans le liquide céphalo-rachidien; la pression exagérée n'agirait qu'en augmentant la quantité du liquide qui passe par filtration à ce niveau, et par conséquent en favorisant le contact des éléments avec l'agent morbide.

Quoi qu'il en soit, les lésions des racines postérieures dans les tumeurs cérébrales prédominent habituellement à la région cervicale, suivant Batten et Collier. Elles peuvent avoir pour expression clinique l'abolition des réflexes,

des douleurs fulgurantes et dans quelques cas des troubles de la motilité du type ataxique.

Ce qu'il faut retenir surtout de ces faits au point de vue clinique, c'est que dans les tumeurs cérébrales il peut se produire à distance des troubles radiculaires moteurs ou sensitifs qui pourraient, dans certains cas, conduire à une erreur de localisation.

Dans la méningite tuberculeuse, de Massary et Ettliger ont décrit des lésions inflammatoires des nerfs radiculaires; il est probable que certains symptômes de cette affection doivent être mis sur le compte de ces lésions.

NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES ET TABES

Il me paraît utile, pour bien faire saisir la signification des questions dont je vais m'occuper, de rappeler quelques notions relatives au tabes.

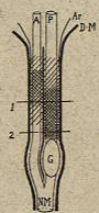


FIG. 48.

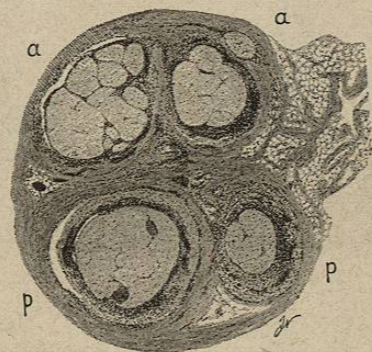


FIG. 49.

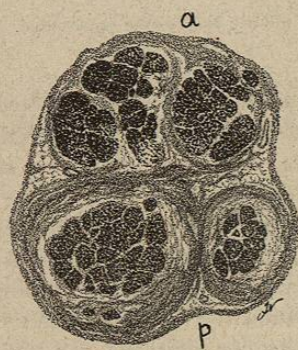


FIG. 50.

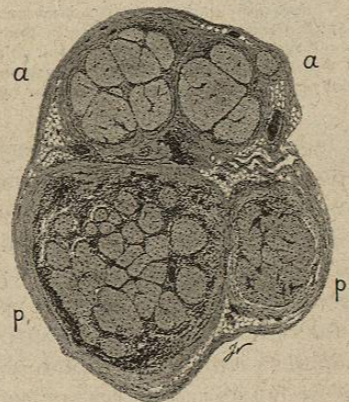


FIG. 51.

FIG. 48. — Paralyse générale et tabes chez une femme de 49 ans. Schéma du II^e nerf radicaire sacré.
 FIG. 49. — Coupe suivant la ligne 1 du schéma. Hématoxyline et éosine. Lésions intenses de périnévríte et d'endonevríte en pleine évolution; sclérose avec infiltration cellulaire abondante. La racine antérieure est atteinte comme la racine postérieure, mais à un plus faible degré.
 FIG. 50. — Coupe au voisinage de la ligne 1 du schéma. Méthode d'Azoulay, colorant en noir les tubes à myéline. Altération parenchymateuse locale peu considérable relativement à la lésion conjonctive. Les racines hors de la moelle étaient peu altérées; néanmoins le tabes avait dépassé la première phase et la sclérose des cordons postérieurs était relativement intense.
 FIG. 51. — Coupe suivant la ligne 2 du schéma. Hématoxyline et éosine. (D'après Nageotte.)

Le tabes peut être considéré actuellement comme une des formes de la syphilis nerveuse.

Parmi les manifestations cliniques du tabes, il en est qui sont communes à

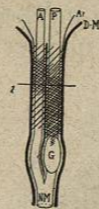


FIG. 52.



FIG. 53.

FIG. 52. — Tabes ancien chez une femme de 69 ans. Schéma du II^e nerf radicaire sacré. (D'après Nageotte.)
 FIG. 53. — Coupe suivant la ligne 1 du schéma. Sclérose atrophique de la racine postérieure avec formation d'une cavité centrale. Traces de sclérose interstitielle ancienne dans la racine antérieure. Comparer avec la figure 28 qui représente l'état normal au même niveau.

cette maladie et à d'autres affections et dont, par conséquent, la présence ne suffit pas à établir le diagnostic; il y en a d'autres qui sont, chacune par elle-

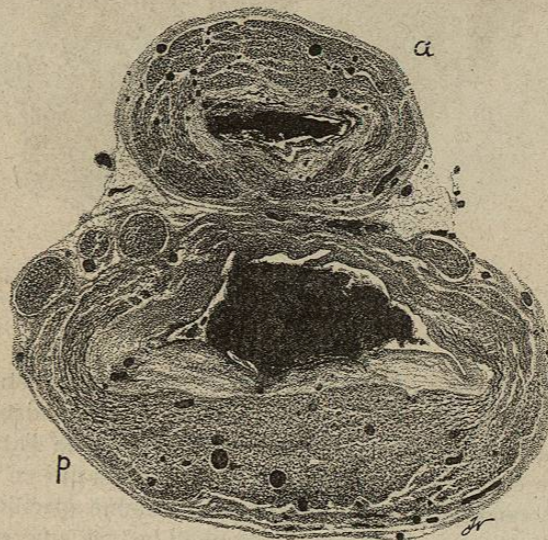


FIG. 54. — Paralyse générale, tabes fruste, atrophie des nerfs optiques. Coupe du II^e nerf radicaire sacré. Sclérose hypertrophique avec peu de destruction des tubes nerveux; dans la racine antérieure, comme dans la postérieure, formation d'une cavité par périnévríte. Grossissement de 10 diam. (D'après Nageotte.)

même, complètement ou presque complètement caractéristiques et qui, en tout cas, forment en s'associant entre elles un ensemble pathognomonique. Je passerai en revue ces divers signes au chapitre du diagnostic.