

*période d'excitation.* Souvent au contraire le début est brusque : un grand frisson ouvre la scène et la température atteint d'emblée un degré élevé (59 à 40 degrés).

Les douleurs rachialgiques constituent un des symptômes les plus saillants de la maladie. Elles siègent dans toute l'étendue de la colonne vertébrale; elles sont spontanées; elles s'irradient dans les côtés du thorax (douleurs en ceinture) et dans les membres. La pression exercée sur le rachis et surtout les mouvements du tronc les réveillent et les exaspèrent.

Il se développe une raideur musculaire parfois très prononcée qui limite les mouvements du dos et qui, renversant la nuque et le tronc en arrière dans un véritable opisthotonos, peut simuler la raideur tétanique. A ces signes s'ajoutent une hyperesthésie cutanée souvent très marquée, des contractures des membres et des convulsions (tremblements, secousses musculaires).

L'hyperesthésie et l'hyperalgésie rendent douloureux le moindre attouchement ou pincement de la peau. La pression des masses musculaires est aussi très pénible et provoque les cris du malade.

Les réflexes cutanés et tendineux, souvent exagérés au début, peuvent dans la suite diminuer et même disparaître. Le *signe de Kernig*, directement en rapport avec les lésions des méninges spinales, manquera rarement.

Il existe des troubles des sphincters : rétention ou incontinence de l'urine et des matières fécales. On a parfois noté aussi de l'inégalité pupillaire ou du myosis.

A la *deuxième période* ou *période de dépression*, on observe des paralysies, de la paraplégie en particulier et de l'anesthésie. La paraplégie n'est pas aussi complète que dans les myélites et elle survient toujours à titre de phénomène très tardif, après une période première d'excitation plus ou moins longue.

Il est cependant possible d'observer des paralysies complètes et étendues, tant motrices que sensitives. Mais l'apparition de ce symptôme est en général l'expression de la participation effective de la moelle (méningomyélite, leptomyélite). On a signalé la paralysie des deux membres supérieurs, la paraplégie. L'anesthésie peut occuper toute la partie inférieure du corps. On voit alors se développer des troubles trophiques plus ou moins accentués : œdème, atrophie musculaire, eschares. A ces phénomènes d'origine médullaire s'ajoute l'élément douleur, toujours beaucoup plus accentué dans ces formes de méningo-myélite que dans les myélites aiguës simples, et qui peut servir à les distinguer de ces dernières.

Lorsqu'il n'y a pas de méningite cérébrale concomitante, l'intelligence du malade est conservée et il n'y a pas de troubles cérébraux. La fièvre qui marque le début de la maladie persiste habituellement très élevée. Il survient finalement des troubles du pouls (ralentissement), de la respiration (accélération), qui marquent l'extension de la méningite au bulbe. L'asphyxie progressive est le mécanisme habituel de la mort.

**Marche. — Durée. — Terminaison.** — La durée de la maladie est très variable. Elle peut avoir une évolution suraiguë et emporter le malade en deux ou trois jours. Le plus souvent elle dure un ou deux septénaires; quelquefois, elle se prolonge plus longtemps encore et offre des rémissions suivies d'aggravation. La mort paraît fréquemment liée à l'atteinte des régions bulbaires. La guérison, pour être exceptionnelle, n'en est pas moins possible. Mais la

maladie laisse souvent des traces persistantes (parésies, douleurs, etc.). Parfois elle fait place à un processus d'inflammation chronique, qui continue à évoluer ultérieurement.

**Diagnostic.** — La méningite spinale aiguë peut rester latente et passer tout à fait inaperçue pendant la vie. D'ordinaire pourtant l'ensemble des symptômes qu'elle réalise permet d'en faire le diagnostic.

La méningite spinale se distingue de la *myélite aiguë* par les douleurs rachialgiques et par les douleurs irradiées diverses qui précèdent les accidents paralytiques. De plus, les paralysies et l'anesthésie sont des phénomènes précoces et très accentués dans les myélites, tandis que ce sont au cours des méningites spinales des phénomènes tardifs, inconstants ou peu marqués. Enfin, dans les myélites, l'abolition des réflexes, les troubles de la miction et de la défécation sont plus fréquents et plus prononcés, et il y a beaucoup plus fréquemment des troubles trophiques.

La raideur dorsale entraînant l'opisthotonos pourra dans certains cas faire penser au *tétanos*. Mais il faudra noter en faveur de la méningite spinale l'absence de trismus, la rachialgie et les douleurs irradiées, l'existence d'une fièvre vive, l'invasion morbide et l'absence de crises tétaniques.

L'*hémorragie méningée rachidienne*, qui donne naissance à des douleurs et à une raideur comparables à celles que déterminent les méningites, s'en distingue très bien cependant par l'absence de la fièvre, au moins au début de l'affection.

Le *rhumatisme* des muscles dorsaux se reconnaît à l'absence de l'hyperthermie, des troubles éloignés de la sensibilité, et des troubles vésicaux.

**Pronostic.** — Le pronostic de la méningite spinale aiguë est très grave; la mort est la terminaison habituelle de la maladie.

Il faut cependant tenir compte de la possibilité d'une guérison plus ou moins complète, ou d'une longue rémission, ainsi que de la substitution du processus d'inflammation chronique au processus aigu.

**Traitement.** — Le traitement curatif des méningites spinales est aussi inefficace que celui des méningites cérébrales. On conseille habituellement l'application du froid (sacs de glace) ou les pointes de feu le long de la colonne vertébrale, la ponction lombaire, les bains chauds. On prescrit du calomel à titre de dérivatif intestinal. On fait prendre de l'iodure de potassium. Le traitement mixte intensif (iodure et mercure) sera appliqué avec persévérance si l'on soupçonne la nature syphilitique de l'affection. De toutes façons, on imposera le repos et l'immobilité et l'on mettra en œuvre les médications symptomatiques palliatives, antithermique, hypnotique, analgésique et antispasmodique.

#### MÉNINGITES SPINALES CHRONIQUES

**Étiologie. — Anatomie pathologique.** — La méningite spinale chronique peut être l'aboutissant de la méningite spinale aiguë. C'est là un fait rare, mais qui a cependant été observé à la suite de la méningite épidémique. Le plus ordinairement la méningite spinale est chronique d'emblée. Elle se développe

très fréquemment à titre de lésion secondaire au cours de diverses maladies médullaires, ou à la suite des lésions du rachis et des organes voisins.

La méningite chronique accompagne les maladies chroniques de la moelle : les scléroses étendues, les myélites chroniques, l'ataxie locomotrice, etc. La méningite spinale chronique due aux altérations rachidiennes succède le plus souvent à la tuberculose vertébrale et quelquefois à la syphilis.

Lorsque la méningite succède à une lésion médullaire, c'est la pie-mère qui est affectée : on la trouve épaissie, injectée dans une étendue plus ou moins grande. L'arachnoïde participe à l'inflammation chronique qui peut d'ailleurs se propager à la dure-mère et entraîner ainsi une pachyméningite interne. Le processus inflammatoire peut aboutir à la production de fausses membranes, de cloisonnements de la cavité arachnoïdienne et même de symphyse entre l'axe spinal et sa gaine dure-mérienne. A ces lésions peuvent s'ajouter des calcifications partielles et aussi quelquefois des épanchements sanguins enkystés entre les fausses membranes, hématomes dure-mériens tout à fait comparables aux hématomes qui accompagnent la pachyméningite cérébrale chronique.

Lorsque la méningite succède aux altérations tuberculeuses de la colonne vertébrale, ce qui est très fréquent, on a affaire, au moins au début, à une pachyméningite externe. L'inflammation se propage souvent d'ailleurs à toute l'épaisseur de la dure-mère. Celle-ci se montre alors très épaissie et couverte en dehors d'une couche fibrino-purulente; elle présente aussi à sa face interne des fausses membranes plus ou moins épaisses et étendues. La pie-mère peut aussi être intéressée, et la moelle elle-même peut devenir consécutivement le siège d'une inflammation localisée. (Voir l'article COMPRESSION DE LA MOELLE.)

Les lésions syphilitiques de la colonne vertébrale peuvent donner naissance à des altérations analogues. Du reste, la syphilis peut encore atteindre primitivement les méninges spinales.

L'alcoolisme produit bien rarement des lésions méningées rachidiennes comparables aux lésions méningées qu'il détermine dans le crâne.

Il est très fréquent de rencontrer chez les vieillards des lésions des méninges spinales consistant en épaississements, adhérences fibreuses, incrustations calcaires. Ce sont vraisemblablement là des altérations de dégénérescence sénile; elles ne donnent lieu à aucun symptôme.

Il existe une *pachyméningite rachidienne hémorragique* tout à fait analogue à celle que nous avons décrite en traitant des hémorragies méningées cérébrales. Elle coïncide d'ailleurs le plus souvent avec la pachyméningite cérébrale hémorragique, avec laquelle elle présente l'identité la plus nette au point de vue anatomique et étiologique. On la rencontre à la suite des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, etc...), des intoxications, en particulier l'alcoolisme. Elle n'est pas rare chez certains aliénés.

Les lésions sont celles de la pachyméningite interne : production, à la face interne de la dure-mère, d'un exsudat fibrineux qui s'organise dans la suite sous forme de fausses membranes; néoformation de vaisseaux, qui pénètrent les fausses membranes et dont la rupture donne lieu à des hématomes. Ceux-ci apparaissent à la face interne de la pachyméninge; leur volume est quelquefois considérable. Dans la suite ces épanchements sanguins peuvent se résorber et faire place à un tissu fibreux dense.

Nous parlerons plus loin de la maladie décrite par Charcot sous le nom de *pachyméningite cervicale hypertrophique*

**Symptomatologie.** — Les méningites spinales chroniques restent très souvent latentes. Lorsque les lésions sont très accentuées, elles se révèlent par des symptômes de même ordre que ceux qui traduisent les méningites aiguës. Seulement l'évolution est lente, chronique, entrecoupée de poussées subaiguës et de rémissions; les symptômes méningitiques ne s'accompagnent pas de fièvre. Les malades se plaignent de douleurs rachidiennes spontanées, siégeant dans la région dorsale. La pression de la colonne vertébrale provoque de la douleur. Il en est de même des mouvements. Il y a souvent de la raideur du dos et de la nuque, des irradiations douloureuses de caractères divers dans les membres et des douleurs en ceinture, ainsi que des paresthésies variées. A une période avancée de la maladie, on voit survenir des troubles de la miction et de la défécation, des parésies ou paralysies suivies d'atrophie et de dégénération des muscles paralysés et parfois aussi de l'anesthésie. Il se développe alors des eschares, de la cystite. Après un temps ordinairement très long le malade peut succomber. La guérison complète ou incomplète est d'ailleurs possible.

Les symptômes de la pachyméningite rachidienne hémorragique ne diffèrent pas de ceux que nous venons d'énumérer. Lorsqu'elle coexiste avec la pachyméningite crânienne, elle peut passer inaperçue, les symptômes de cette dernière occupant toute la scène. Cependant les phénomènes d'origine rachidienne, tout en restant au second plan, peuvent acquérir assez d'importance pour faire croire dans certains cas à l'existence d'une méningite cérébro-spinale. L'évolution, généralement lente et chronique, est souvent interrompue par des accidents aigus, quelquefois graves, en particulier des paralysies, du fait des hémorragies, qui, survenant soudainement dans les tissus malades, provoquent la compression brusque de la moelle et des racines.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des méningites spinales chroniques est souvent très difficile. Lorsque la lésion méningée coïncide avec une lésion médullaire, il est à peu près impossible de faire la part de ce qui appartient à l'inflammation méningée et aux altérations de la moelle.

L'hystérie donne parfois naissance à un syndrome susceptible de simuler la méningite spinale chronique. Le diagnostic se fondera principalement sur le caractère des douleurs, l'existence des stigmates et les antécédents névropathiques du sujet.

**Traitement.** — En dehors du traitement antisiphilitique, qui peut trouver son indication dans les antécédents morbides du malade, il n'y a pas place pour un traitement médical vraiment efficace. Il est d'usage de prescrire la révulsion le long de la colonne vertébrale. L'électrisation, les cures thermales peuvent être aussi parfois conseillées.

#### PACHYMÉNINGITE CERVICALE HYPERTROPHIQUE

Il nous reste quelques mots à dire d'une affection qui a été longtemps considérée comme une maladie autonome, mais dont les recherches plus récentes tendent à restreindre de plus en plus le cadre. Peut-être n'est-il pas encore permis, à l'heure actuelle, de la rayer de la liste des entités morbides. Mais il