

Je termine ces leçons par les conclusions suivantes :

1° — La méningite cérébro-spinale ne forme pas une entité morbide spécifique et indivisible à l'égal de la fièvre typhoïde. Il n'y a pas « une méningite cérébro-spinale », il y a « des méningites cérébro-spinales ». Epidémique ou non, la méningite cérébro-spinale présente de nombreuses variétés : méningite à méningocoque de Weichselbaum et méningites à pneumocoque, à streptocoque, à staphylocoque, à bacilles de Koch, à associations microbiennes y compris le bacille d'Eberth. Néanmoins, la méningite cérébro-spinale épidémique à méningocoque reste le *type dominant*.

2° — Au point de vue pathogénique, il suffit que l'agent microbien, méningocoque ou autre, doué d'une virulence suffisante, ait envahi l'axe cérébro-spinal, pour que sa diffusion rende possible les lésions et les accidents de la méningite cérébro-spinale. La méningite cérébro-spinale est primitive ou secondaire : primitive, ainsi que c'est l'usage en temps d'épidémie, lorsque l'individu frappé par le mal, en pleine santé, ne présentait aucune tare pathologique pouvant servir de porte d'entrée à l'agent infectieux ; secondaire, lorsque l'individu, déjà en puissance d'une tare pathologique, otite, pneumonie, mal de Pott, tuberculose, etc., offrait une porte d'entrée à l'agent infectieux.

3° — Les méningites cérébro-spinales sont différentes quant à leur pathogénie, mais elles se ressemblent toutes, à quelques nuances près, quant à leur évolution clinique.

4° — Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale présente parfois de réelles difficultés ; non seulement il faut la distinguer des maladies qui peuvent la simuler (fièvre typhoïde, grippe), mais il faut encore distinguer la méningite cérébro-spinale tuberculeuse (maladie mortelle) des autres méningites cérébro-spinales (souvent curables).

5° — Dans les cas difficiles, l'examen clinique et les recherches de laboratoire doivent être combinés en vue d'arriver à un diagnostic précis ; le signe de Kernig donne des renseignements précieux ; la ponction lombaire nous permet d'isoler l'agent pathogène ; les cultures doivent être faites suivant les procédés que je vous ai indiqués.

DIX-HUITIÈME LEÇON

PARALYSIE FACIALE SYPHILITIQUE

MESSIEURS,

La paralysie syphilitique du nerf facial, nerf de la 7^e paire, peut être précoce ou tardive ; précoce, quand elle apparaît dans les premiers mois de l'infection syphilitique, à la période des accidents dits secondaires ; tardive, quand elle survient des années, dix ans, vingt ans après l'infection, à la période des accidents dits tertiaires. Entre ces deux extrêmes existent tous les intermédiaires.

Occupons-nous d'abord de la paralysie faciale syphilitique *précoce*. Elle n'est pas rare, il s'en faut, et parmi les cas que j'ai observés, il en est un que je vais choisir comme type ; il a été relaté dans la thèse de M. Dargaud¹. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, entrée dans mon service au troisième mois de sa syphilis. Nous constatons une roséole maculo-papuleuse, des plaques muqueuses de la gorge et une belle pléiade ganglionnaire de l'aîne. Depuis l'apparition de ces accidents secondaires, la malade se plaint de douleurs dans l'oreille et à la face du côté droit ; les maux de

1. Hémiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis. *Thèse de Paris*, 1885.

tête sont si violents qu'elle ne peut dormir; on dirait « qu'on lui enfonce des aiguilles dans le crâne ». Elle a perdu l'appétit, elle est fatiguée, elle éprouve une telle lassitude qu'elle doit souvent garder le lit; symptômes fréquents chez la femme, au début de la syphilis, ainsi que le fait remarquer M. Fournier.

Au milieu de ces accidents secondaires, roséole, plaques muqueuses, douleurs de l'oreille et de la face (sur lesquelles j'appelle votre attention), apparaît une paralysie faciale. Un matin, au réveil, la malade s'aperçoit que sa bouche est légèrement déviée et entraînée à gauche, elle ne peut fermer l'œil droit, les larmes s'écoulent sur la joue, les douleurs d'oreille augmentent d'intensité. Quand nous examinons cette jeune femme (huit jours après le début de la paralysie), nous constatons une hémiparésie faciale droite fortement accentuée: la bouche est déviée à gauche, les plis naturels du visage et du front sont complètement effacés du côté droit, la narine droite est légèrement affaissée; l'œil droit est largement ouvert et ne se ferme qu'incomplètement, il y a épiphora; la sensation gustative est émoussée sur la moitié droite de la langue; la luette n'est pas déviée; il n'y a pas de troubles auditifs.

Je prescrivis aussitôt le traitement mixte: prendre tous les jours une pilule de protoiodure de mercure de cinq centigrammes et deux grammes d'iodure de potassium. Le premier résultat du traitement fut de diminuer les douleurs de tête et de supprimer l'insomnie. En dix jours, nous obtenons une amélioration très notable de la paralysie faciale, la bouche est moins déviée, l'œil se ferme beaucoup mieux, l'épiphora est insignifiant. En vingt jours, la guérison est complète, l'œil se ferme, la bouche n'est plus déviée, les douleurs de tête ont cessé, la roséole a disparu. Je suspends le traitement que je reprends quelques jours plus tard pour confirmer la guérison. En résumé: apparition du chancre vers le 1^{er} septembre; accidents secondaires vers le 13 octobre; hémiparésie faciale le 7 novembre; guérison de la paralysie faciale et des accidents concomittants en moins de trois semaines

L'observation suivante, due à M. Bahuaud, nous montre la paralysie faciale apparaissant au vingt-sixième jour après le chancre; elle concerne un homme atteint de chancre syphilitique induré, avec pléiade ganglionnaire à l'aîne gauche¹. Dix-huit jours après le chancre, apparaît une roséole, et huit jours plus tard, c'est-à-dire vingt-six jours après la constatation du chancre, le malade, fort effrayé, s'aperçoit que le côté gauche de la face est privé de mouvement. Il vient consulter M. Bahuaud qui constate le chancre, la pléiade ganglionnaire, la roséole syphilitique et l'hémiparésie faciale. Du côté gauche, les traits du visage sont impassibles, la joue flasque et pendante est souvent pincée entre les arcades dentaires pendant les mouvements de la parole. Les aliments séjournent entre l'arcade alvéolaire et la joue gauche. La bouche est fortement déviée et tirée en haut et en dehors. Le malade ne peut ni siffler ni retenir l'air dans sa bouche pendant des efforts d'expiration; lorsqu'il fume, il ne peut lancer en jet la fumée ni projeter au loin la salive, comme le font les fumeurs. L'œil gauche ne se ferme pas, les mouvements de clignement sont impossibles. On ne trouve chez cet homme aucune autre cause qui puisse expliquer la paralysie faciale; la syphilis seule peut être incriminée. Le traitement mercuriel est aussitôt institué; on donne une pilule de protoiodure de mercure de 5 centigrammes, matin et soir. En huit jours, le malade éprouve un mieux sensible; la déviation de la bouche est moindre, la sputation est plus facile. De jour en jour l'amélioration se prononce, en trois semaines la guérison est complète, il ne reste plus trace de l'hémiparésie faciale, la roséole a totalement disparu. Cet homme a été revu depuis par son médecin, et la paralysie n'a laissé aucune trace.

Voici une autre observation de paralysie faciale syphilitique précoce, publiée par M. Boix². Un homme de trente-cinq ans, ayant eu trois mois avant un chancre syphilitique,

1. Bahuaud. Paralysie faciale syphilitique arrivant au début des accidents secondaires. *Gazette des hôpitaux*, 1863, p. 582.

2. Boix. Paralysie faciale périphérique précoce. *Archives générales de médecine*, février 1894.

entre dans le service de Hanot, avec une roséole maculopapuleuse et un érythème de la gorge. Les jours suivants, apparaissent des douleurs au côté gauche du cou et de la nuque, et un zona se déclare dans ces régions. En même temps, on constate l'apparition d'une paralysie faciale gauche. Le malade raconte que, la veille, il a voulu fumer sa pipe, et à sa grande surprise, il ne pouvait la tenir à gauche de la bouche qu'en serrant fortement les dents. Puis, la paralysie s'est complétée, présentant tous les symptômes de la paralysie faciale périphérique, sans altération du goût et sans déviation de la lèvre. On a aussitôt prescrit le traitement spécifique, frictions mercurielles, et 4 grammes d'iodure de potassium. L'éruption syphilitique a disparu après la première quinzaine; la paralysie faciale s'est améliorée plus lentement, elle était complètement guérie en deux mois.

Pour vous bien familiariser avec la paralysie faciale syphilitique précoce, je crois utile de vous donner le résumé de plusieurs autres observations, la plupart consignées dans la thèse de M. Dargaud :

Obs. Marty. — Un homme de vingt-cinq ans, atteint de chancre syphilitique avec pléiade ganglionnaire de l'aîne, est pris cinq semaines plus tard de roséole et de paralysie du côté droit de la face; l'œil reste ouvert et ne peut se fermer, la narine droite ne se dilate pas, la bouche est de travers et tirée à gauche, la salive s'échappe continuellement par la commissure droite, la joue est flasque et les aliments s'accumulent derrière l'arcade dentaire.

Obs. Vidal de Cassis. — Un homme a un chancre syphilitique en février, la roséole apparaît bientôt après, et en avril, c'est-à-dire deux mois après l'infection syphilitique, se déclare une hémiplegie faciale gauche avec perte du goût sur la moitié gauche de la langue. Après huit jours de traitement mercuriel, la paralysie avait disparu.

Obs. Mauriac. — Un homme de soixante et onze ans a un chancre syphilitique fin juin; au quarantième jour apparaît la roséole, et au quarante-sixième jour survient une paralysie faciale droite. L'œil est larmoyant et reste ouvert,

la bouche est entraînée à gauche, la joue droite est flasque, la lèvre est déviée à gauche, le malade éprouve des douleurs vives derrière l'oreille gauche et dans la région mastoïdienne. M. Mauriac institue le traitement mercuriel. Un mois plus tard, l'hémiplegie faciale avait presque complètement disparu.

Obs. Vidal de Cassis. — Un homme de vingt-sept ans a un chancre syphilitique. Un mois plus tard apparaît la roséole et bientôt après survient une hémiplegie faciale.

Obs. Yvaren. — Un homme de trente ans a un chancre syphilitique. Quatre mois plus tard apparaît une hémiplegie faciale guérie en quelques semaines par le traitement mercuriel.

Obs. Knorre. — Un homme de trente ans a un chancre syphilitique; six semaines après apparaît la roséole, et à la septième semaine survient une hémiplegie faciale droite; forte déviation de la bouche à gauche, impossibilité de fermer l'œil droit. Cette hémiplegie guérit après six semaines de traitement mercuriel.

Obs. Lane. — Une femme porte à la lèvre un chancre syphilitique datant de deux mois, avec roséole généralisée. Au septième mois de l'infection apparaît une paralysie du côté droit du visage, la bouche est entraînée à gauche et l'œil droit ne peut se fermer. En dix-huit jours de traitement mercuriel et ioduré la paralysie était guérie.

Obs. Valot. — Une femme de vingt-quatre ans, atteinte de syphilis, a été prise de paralysie faciale droite deux mois après l'infection. La malade est traitée pendant six mois par galvanisation associée au traitement mercuriel et ioduré. La motricité est notablement améliorée, mais il y a un peu de contracture secondaire. Une autre malade de M. Valot fut prise de paralysie faciale droite au sixième mois de son infection¹.

A ces observations, je peux ajouter quatre cas de Goldflam (citation de M. Boix); sept cas de Wachsmuth (citation de M. Raymond)², ce qui vous prouve que la paralysie faciale syphilitique est loin d'être rare.

1. Valot. *Thèse de Paris*, 1899.

2. Raymond. *Clinique des maladies du système nerveux*, Paris, 1897, p. 631.

Dans les observations de paralysie faciale syphilitique précoce que je viens de vous citer, la paralysie était unilatérale, elle n'occupait qu'une moitié du visage; il est d'autres cas où la paralysie est *double*, elle atteint les deux nerfs faciaux. En voici des exemples :

J'ai eu dans mon service, à l'hôpital Necker, un homme qui nous était arrivé au deuxième mois d'une infection syphilitique, avec une roséole papuleuse, des plaques muqueuses de la gorge et une paralysie faciale gauche. La paralysie était classique et je vous fais grâce de la description. Le malade fut mis immédiatement au traitement spécifique, pilules de protoiodure de mercure et iodure de potassium. Mais voilà qu'après une huitaine de jours, apparut une paralysie faciale du côté droit (diplégie faciale). Le visage de cet homme prit alors l'aspect étrange d'un masque sans expression, ce masque de la diplégie faciale si bien décrit jadis par notre illustre Duchenne (de Boulogne). L'amélioration se fit graduellement et la guérison survint en deux mois.

La double paralysie faciale syphilitique est connue depuis longtemps; dès 1836, Ch. Bell en rapportait un cas observé par Dupuytren en 1828.

L'observation suivante est de M. Fournier¹: chez un homme atteint de deux chancres syphilitiques, une paralysie faciale gauche se déclare au troisième mois de l'infection: la bouche est déviée et entraînée à droite; la joue droite est flasque et s'enfle légèrement au moment de l'expiration; le malade ne peut ni siffler ni souffler; il ne peut fermer qu'à demi l'œil droit, qui reste continuellement ouvert. Deux jours après, se déclare une hémiplégie faciale droite. « La face, dit M. Fournier, offre une expression étrange d'immobilité et d'hébétude »; la gêne de la mastication est telle que les aliments s'accumulent entre les arcades dentaires et les lèvres et tombent ensuite au dehors. Le traitement mercuriel et ioduré fut prescrit dès l'apparition de la paralysie. En treize jours de traitement, l'amélioration est notable, le malade peut fermer les yeux presque complètement, les mouvements

1. Thèse de M. Ladreit de la Charrière. Paris, 1861.

des lèvres sont plus faciles, les aliments sont mieux retenus dans la bouche. Après vingt-trois jours de traitement, l'amélioration est très sensible, les yeux se ferment complètement, le malade mange beaucoup plus facilement. En deux mois, « il ne reste plus trace de la paralysie faciale dont le malade a été affecté. »

Voici une autre observation de paralysie faciale syphilitique double concernant un malade de M. Bouveret¹. Cet homme est en pleine évolution secondaire de syphilis; il porte, à la face dorsale du prépuce, une cicatrice indurée de son chancre syphilitique et aux deux aines une pléiade ganglionnaire. Sur tout le corps existe une roséole en train de pâlir. Dans le cours de ces accidents secondaires, probablement au deuxième ou troisième mois de l'infection, est apparue une paralysie faciale gauche. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, la paralysie existe depuis une quinzaine de jours: impossibilité de fermer l'œil gauche et épiphora très marquée; forte déviation de la commissure droite, immobilité et abaissement de la commissure gauche; impossibilité de siffler. L'hémiplégie faciale gauche était en voie d'amélioration, lorsque survint une hémiplégie faciale droite; dès lors « le masque facial est immobile ». L'amélioration survient progressivement et le malade quitte l'hôpital avant sa complète guérison.

Si je vous ai cité cette quantité d'observations, c'est que je désirais vous bien convaincre que la paralysie faciale syphilitique *précoce* ne doit pas être considérée comme une rareté. C'est par douzaines, vous le voyez, que nous comptons les cas de paralysie faciale survenant dès les premiers mois de l'infection syphilitique. Il y a longtemps que M. Fournier avait émis cette opinion qui est absolument justifiée. « Des paralysies syphilitiques secondaires, dit-il, la plus commune (et de beaucoup) est l'hémiplégie faciale: ajoutons qu'elle est aussi la plus précoce² ». La précocité de cet acci-

1. Commandeur. Diplégie faciale au cours de la syphilis secondaire. *La province médicale*, 13 mai 1893.

2. Fournier. *Leçons sur la syphilis*, Paris, 1873, p. 806.

dent syphilitique est en effet remarquable. En compulsant les quinze observations où la date d'apparition de la paralysie est nettement consignée, j'arrive à la répartition suivante :

La paralysie faciale est apparue, une fois au septième mois de l'infection syphilitique (observation Lane), une fois au sixième mois (observation Valot), une fois au quatrième mois (observation Yvaren), quatre fois au troisième mois (observations Fournier, Bouveret, Dieulafoy, Boix), sept fois au deuxième mois (observations Mauriac, Vidal de Cassis, Knore, Dieulafoy, Marty, Valot), une fois au premier mois (observation Bahuat).

La dénomination de *précoce* est donc bien appliquée à cette paralysie, puisque son époque d'apparition la plus habituelle est aux deuxième et troisième mois de l'infection syphilitique et qu'elle est même survenue au premier mois. Du reste, les accidents syphilitiques, même les plus redoutables, peuvent apparaître d'une façon tout à fait précoce, dès les premiers mois de l'infection. C'est là une notion importante à connaître et que je ne manque jamais de vous signaler dès que l'occasion s'en présente. L'an dernier, dans mes leçons sur les néphrites syphilitiques¹, je vous ai cité bon nombre de cas (et vous en avez vu dans notre service), où des néphrites syphilitiques aiguës, parfois terribles et mortelles, ont apparu au quatrième mois, au troisième mois, au deuxième mois de l'infection. Il y a quelques années, lors de mon cours de pathologie sur la syphilis cérébrale², je vous ai cité un grand nombre d'exemples (et vous en avez vu dans le service) d'artérites cérébrales syphilitiques, survenant d'une façon précoce, quelques mois après le chancre et aboutissant à l'apoplexie et à la mort par rupture d'un anévrisme, ou à l'hémiplégie, par oblitération du vaisseau (endartérite oblitérante).

Plusieurs fois aussi, je vous ai parlé de myélites syphilitiques précoces, survenant dès la première année de l'infection et pouvant se terminer par la mort.

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1898 : « Néphrite syphilitique et syphilis du rein », p. 242.

2. *Manuel de pathologie interne*, p. 468, 1898, 11^e édition.

Vous voyez donc qu'en fait d'accidents syphilitiques « le temps ne fait rien à l'affaire », puisqu'ils peuvent éclater, graves et redoutables, à une époque très voisine de l'infection. Aussi faudrait-il en finir, une fois pour toutes, avec les vieilles nomenclatures, et ne plus se cantonner à l'étroite classification « des accidents secondaires et des accidents tertiaires ». On a l'habitude de considérer les accidents secondaires (ou précoces) comme beaucoup moins redoutables que les accidents tertiaires (ou tardifs); je viens de vous dire combien sont nombreuses les exceptions; si nombreuses, qu'on les a rangées sous la rubrique de « tertiarisme précoce » (Fournier).

Cela dit, reprenons l'histoire de la paralysie faciale syphilitique précoce. Son début est soudain, et d'emblée le nerf facial est paralysé dans toute son étendue; facial supérieur et facial inférieur. La paralysie ne s'installe pas d'une façon lente et progressive, on ne la voit pas débiter par la bouche pour gagner, le lendemain, le surlendemain ou les jours suivants, la joue et la paupière; dès son apparition, ou peu s'en faut, la paralysie occupe tout un côté du visage. Le malade s'aperçoit que sa bouche est déviée et il éprouve en même temps quelque difficulté à fermer l'œil; la salive s'écoule par la commissure labiale, pendant que les larmes s'écoulent sur la joue. En un mot, légère ou intense, la variété de paralysie qui nous occupe actuellement n'est pas progressive; d'emblée elle est générale à la façon de la paralysie faciale périphérique dite *a frigore*. Tantôt les branches superficielles du nerf facial sont seules prises, tantôt les branches profondes (intra-temporales) sont également intéressées : la perte du goût aux deux tiers antérieurs de la langue du côté paralysé (corde du tympan), la déviation de la lèvre (nerfs palatins), les modifications de l'ouïe (nerfs de l'appareil moteur de la chaîne des osselets) sont autant de symptômes de la paralysie faciale intra-temporale.

L'interprétation de ces paralysies faciales précoces est difficile; à quoi les attribuer? faut-il incriminer une lésion osseuse ou méningée comprimant le nerf facial à son entrée ou dans son trajet à travers l'aqueduc de Fallope? Ce

n'est pas impossible, mais ce n'est pas probable. Faut-il incriminer une lésion centrale des noyaux d'origine du nerf facial? Ce n'est guère vraisemblable, puisque le nerf est compromis d'emblée dans sa totalité, tandis que les noyaux du facial supérieur et du facial inférieur sont distincts dans le bulbe. Il est plus rationnel d'admettre ici une névrite périphérique, la toxi-infection périphérique des nerfs étant aujourd'hui bien connue.

Cette théorie, applicable à la paralysie faciale, quand elle est unilatérale, est moins admissible, dira-t-on, quand la paralysie faciale est double; dans ce dernier cas, ne peut-on pas incriminer une lésion centrale au lieu d'admettre des névrites périphériques? Je ne pense pas; d'abord la paralysie n'est pas double d'emblée; dans les trois cas que je vous ai cités, la seconde paralysie est survenue deux jours, huit jours, quinze jours après la première, et puis il est permis de supposer, en pareil cas, que la syphilis détermine deux paralysies symétriques, la *symétrie* étant assez habituelle aux allures de la syphilis. Ainsi, quand une artère sylvienne, ou autre artère de la base de l'encéphale, est atteinte d'artérite syphilitique, il n'est pas rare de trouver une lésion symétrique à l'artère du côté opposé. Quand un malade est atteint d'hémiplégie syphilitique consécutive à l'endartérite oblitérante d'une artère sylvienne, on voit parfois (j'ai observé le cas) une seconde hémiplégie (par lésion symétrique), se déclarer quelques semaines après la première. Dans un cas où Leudet put observer de près une artérite oblitérante syphilitique de l'artère temporale superficielle gauche, il constata, peu de temps après, une artérite oblitérante symétrique de l'artère temporale superficielle droite¹. Nous avons là des exemples nombreux de symétrie syphilitique; je pense donc que la paralysie faciale devenant double à quelques jours de distance est une affaire de symétrie.

Envisageons maintenant la question à un autre point de vue. L'apparition de la paralysie faciale chez un syphilitique

1. Leudet. Congrès de Blois 1884.

n'est pas sans jeter quelque trouble chez le malade et parfois chez le médecin. On se demande si cette paralysie n'est pas le signe révélateur de lésions cérébrales plus ou moins graves. Un individu atteint quelques mois avant de chancre syphilitique se réveille un matin avec la bouche de travers et la face déviée; affolé, il court chez son médecin, il se croit menacé d'une « attaque d'apoplexie », il vient vous demander conseil; que lui répondrez-vous?

Examinez-le attentivement et vous constaterez aussitôt qu'il s'agit ici, non pas d'une paralysie du facial inférieur associée à des symptômes d'hémiplégie, mais d'une paralysie de tout le nerf facial, ce qui est absolument différent. Que la paralysie soit légère ou intense (parésie ou paralysie), le nerf facial est compromis dans toutes ses branches superficielles et parfois aussi dans ses branches profondes intratemporales. La bouche et la face sont déviées et entraînées du côté sain (territoire du facial inférieur), l'œil (du côté paralysé) reste largement ouvert, le malade ne peut arriver à le fermer complètement, le clignement ne se fait pas ou se fait mal (territoire du facial supérieur) et quelques larmes s'écoulent sur la joue. A l'examen électrique vous constatez souvent, plus ou moins accentués, les phénomènes de la réaction de dégénérescence.

Eh bien, en pareille circonstance, n'ayez aucune hésitation et portez un pronostic favorable relativement à la localisation de la lésion. Votre malade n'a à redouter ni l'hémiplégie ni l'apoplexie; sa paralysie faciale n'est pas le résultat d'une lésion cérébrale puisqu'elle est disséminée au facial supérieur et au facial inférieur, elle est périphérique, elle durera plus ou moins longtemps, mais elle n'annonce rien de mauvais. Du reste, chez cet homme, dont le nerf facial seul est compromis, l'examen le plus minutieux ne vous permet de découvrir aucune trace d'hémiplégie au bras et à la jambe; la main a conservé toute sa force, le bras n'est pas lourd et exécute facilement tous les mouvements, la démarche est naturelle, le malade ne traîne pas la jambe, il ne bronche pas en montant un escalier.

Tout autre est la paralysie faciale syphilitique qui n'atteint