

II. — FORMES MÉNINGÉES

A) *Méningites diffuses*. — Nous décrivons ici, d'une part, les épisodes aigus de la syphilis méningée, dont les allures rappellent celles des méningites infectieuses — et d'autre part les formes chroniques, sans symptômes de localisation précise, qui ont pour note dominante les troubles intellectuels et psychiques.

1° *Méningites diffuses aiguës*. — D'après Lancereaux, ces méningites aiguës seraient par excellence les complications nerveuses de la période secondaire; elles auraient pour caractère de guérir le plus souvent, malgré leur gravité apparente. Nous avons dit que cette division de la syphilis en périodes ne devait pas être prise trop à la lettre, en ce qui concerne les localisations nerveuses. Mais, de fait, les accidents méningitiques dont il est question appartiennent le plus souvent aux premières phases de la syphilis cérébrale, et peuvent s'observer dans les premiers mois de l'infection. Ils se présentent sous deux types cliniques opposés : l'un d'*excitation* avec délire violent, l'autre de *dépression*, caractérisé par un état de *somnolence* ou de *coma* véritable. Il peut se faire d'ailleurs que ces deux états se combinent en alternant.

a) Les phénomènes de *dépression* sont les plus habituels ici. Heubner en a donné une excellente description. Après une phase de céphalées généralement d'une intensité très grande, le malade arrive à un état de torpeur complète. Inattentif à tout ce qui se passe autour de lui, le regard fixe, hébété, comme celui d'un homme ivre, il est parfois sujet à de courtes pertes de connaissance; et, bientôt contraint de garder définitivement le lit, il reste plongé dans un demi-sommeil perpétuel. Inerte et silencieux la plupart du temps, on le voit s'agiter par instants; ainsi vers le soir, la nuit principalement, il devient loquace; il a des divagations, sans violence de parole, comme dans le coma-vigil des typhoïdiques. A d'autres moments, on le voit se lever, chercher ses vêtements, sortir de la chambre. Vient-on à l'interpeller, il répond brièvement, souvent d'une manière raisonnable, d'autres fois sans à propos; il se laisse reconduire au lit sans résistance, puis retombe bientôt dans sa torpeur, gémissant par instants, se plaignant de violentes douleurs de tête.

Au cours de ces accidents cérébraux menaçants, parfois même dès leur apparition, on découvre fréquemment des symptômes paralytiques d'une haute signification. Ce sont surtout des paralysies dans le domaine des nerfs moteurs de l'œil : strabisme, ptosis, paralysie totale du nerf de la troisième paire, — ou bien une hémiplégie. Le plus habituellement alors les membres paralysés sont le siège d'un certain degré de contracture, quelquefois de secousses cloniques spontanées différentes des mouvements de l'épilepsie partielle. D'autres fois il se produit de véritables convulsions épileptiformes généralisées⁽¹⁾.

Pendant tout ce temps la santé générale reste relativement satisfaisante, bien que les malades se refusent souvent à manger. Heubner signale la fièvre comme possible, même une fièvre intense; mais c'est là un fait exceptionnel, et l'*apyrexie* resterait un élément de diagnostic important en pareil cas.

Le tableau clinique peut cependant réaliser au complet celui des méningites aiguës : hyperthermie, signe de Kernig, contracture de la nuque, attitude en

(1) MERCIER. *Syphilis cérébrale à forme comateuse*. Thèse de Paris, 1875.

chien de fusil, lenteur du pouls, etc. En pareil cas, on songe plutôt à la méningite tuberculeuse ou à la méningite cérébro-spinale qu'à la syphilis. La ponction lombaire, pratiquée à ce moment donne un liquide limpide ou légèrement trouble qui renferme des *lymphocytes* en abondance (Widal et Le Sourd, Brissaud et Brécy, Galliard et d'Oelsnitz)⁽¹⁾.

Cet état peut se prolonger pendant plusieurs jours, jusqu'à deux, trois et quatre semaines. Mais il peut arriver aussi qu'il fasse place rapidement au *coma* le plus profond, avec résolution musculaire complète, anesthésie absolue et paralysie des sphincters. C'est là certes une des complications les plus redoutables de la syphilis cérébrale, car elle peut amener la mort à brève échéance. Toutefois, et ceci est un fait bien digne de remarque, *la terminaison fatale est relativement rare dans ces formes méningées initiales de la syphilis cérébrale* (Heubner, Lancereaux). La guérison a souvent lieu, et cela même spontanément, en l'espace de trois à quatre semaines en moyenne. Inutile d'ajouter que le traitement spécifique doit être appliqué dans toute sa rigueur aussitôt reconnue la nature de phénomènes aussi graves; et ce qui précède justifie la recommandation du professeur Fournier, de songer toujours à la syphilis possible comme cause de coma.

La guérison peut être complète; d'autres fois le malade sort de cette terrible crise, conservant de l'embarras de la parole, une certaine obnubilation intellectuelle. Il peut être victime de nouveaux accidents cérébraux sous une autre forme, à plus ou moins longue échéance, surtout si l'on n'intervient pas énergiquement.

b) Les symptômes d'*excitation psychique* sont relativement fréquents dans la syphilis du cerveau. Dans certains cas ils en marquent le début sous forme de *délire violent* avec phénomènes ataxo-adiynamiques. Le premier diagnostic qui se présente à l'esprit dans un cas de ce genre n'est point non plus celui de syphilis. « On dirait un délire de fièvre, ou bien encore un délire de méningite, d'encéphalite commençante (Fournier). » Dans un fait rapporté par Cornil, un jeune homme de 18 ans présenta des symptômes qui firent songer successivement à la fièvre typhoïde, à la méningite tuberculeuse, au mal de Bright avec urémie. Bientôt survint un accès convulsif, auquel succéda un état comateux qui aboutit à la mort trois jours plus tard; l'autopsie révéla une pachyméningite gommeuse.

Dans certaines formes, l'excitation violente est accompagnée d'accidents paralytiques qui traduisent nettement une localisation du côté de la base. Tel est le cas de Luton : au délire furieux d'action et de parole se joignit une paralysie du moteur oculaire externe. Tous les accidents disparurent sous l'action du traitement.

On ne saurait dire avec certitude s'il existe un rapport constant entre la forme clinique et la localisation anatomique de ces méningites. Il semblerait que les phénomènes de dépression fussent plutôt en relation avec les méningites de la base; les phénomènes d'excitation, avec celles de la convexité. D'ailleurs il n'y a pas de limites tranchées entre ces deux formes.

2° *Méningites diffuses chroniques*. — Ce groupe comprend, au point de vue anatomique, des pachyméningites, des méningo-encéphalites gommeuses

(1) WIDAL et LE SOURD. *Soc. méd. des hôp.*, 21 février 1902. — BRISSAUD et BRÉCY. *Soc. méd. des hôp.*, 14 mars 1902. — GALLIARD et d'OELSNTZ. *Soc. méd. des hôp.*, 12 juin 1905.

disséminées, des syphilomes corticaux en nappe. Les troubles mentaux, associés tôt ou tard à une déchéance générale, forment ici le fond du tableau. Répétons à ce propos que nos divisions nosographiques sont souvent artificielles, et que des convulsions, des paralysies limitées, indiquant une localisation précise, viennent souvent, à un moment donné, se superposer aux troubles en question; à moins que ceux-ci, au contraire, n'apparaissent en second lieu.

Certains accidents psychiques, observés chez les syphilitiques, ne sont que des coïncidences ou du moins n'ont que des relations indirectes avec la vérole (syphilophobie, hypocondrie simple, etc.). Les accidents mentaux de la syphilis ont pour caractère fondamental d'appartenir à la catégorie des *aliénations mentales organiques* (1), soit de par leurs manifestations cliniques propres, soit de par l'association des autres symptômes cérébraux qui évoluent parallèlement à eux (Mairet).

a). La *déchéance intellectuelle*, souvent rapide et profonde, marche parfois de pair avec les accès d'épilepsie. Il n'est pas rare qu'elle apparaisse dès les premières attaques. Mais elle peut aussi précéder les manifestations épileptiques ou exister toujours indépendamment de celles-ci. On sait aujourd'hui que la syphilis cérébrale peut débuter de cette manière (2). Un individu, sans présenter le moindre délire, commence tout à coup à commettre des erreurs, des oublis dans sa profession, des incorrections dans sa conduite; toutes ses facultés intellectuelles subissent un amoindrissement, comme une sorte de retour à l'état infantile. Sa mémoire est profondément troublée; et les événements de date récente surtout lui échappent. Le professeur Fournier a rapporté des exemples très nets de cette *amnésie syphilitique*. Dans l'ordre moral, il se produit un changement de même sens, se traduisant par un état d'apathie, d'indifférence, que viennent interrompre sans motif des accès de violence inaccoutumés. Un tel état psychique mérite toujours d'être pris en considération; car il est le prodrome par excellence des affections organiques du cerveau.

Dans les cas extrêmes, toutes les fonctions cérébrales paraissent anéanties, et les malades demeurent plongés dans un état de *stupeur* véritable (Lancereaux). D'autres fois ils évoluent vers la *démence*; et le tableau clinique, ainsi que nous le verrons, se rapproche plus ou moins de celui de la paralysie générale.

b). Incontestablement plus rares sont les *troubles vésaniques* proprement dits, que l'on peut légitimement qualifier de syphilitiques. Ils se montrent comme un épisode surajouté au cours d'une syphilis cérébrale déjà en voie d'évolution; ou bien au contraire ils ouvrent la série des accidents, et conservent pendant un temps plus ou moins long les apparences de la folie simple.

Généralement l'apparition du délire se fait brusquement (Mairet). Un malade observé par Rayet prend tout à coup les passants pour « des revenants, des fantômes ». Dans d'autres cas, une agitation furieuse se déclare soudainement (Luton, Calmeil). Parfois aussi l'aliénation se constitue d'une façon lente et graduelle, avec des intervalles de lucidité (Foville).

Considéré en lui-même, ce délire présente d'ailleurs des aspects cliniques très variés que l'on pourrait ramener avec Mairet à trois formes principales :

(1) MAIRET. *Aliénation mentale syphilitique*. Paris, 1895.

(2) FOURNIER. *La syphilis du cerveau*. Paris, 1878, p. 272.

excitation maniaque simple — excitation maniaque avec idées délirantes — état dépressif avec mélancolie.

Quelle que soit sa forme clinique, le délire ici est *toujours général*. Il n'existe pas une seule observation de *vésanie syphilitique* ayant affecté la forme systématique, partielle ou monomaniaque (Mairet, Fournier).

On a relevé la *fréquence des hallucinations* d'une façon générale : hallucinations intéressant non seulement l'ouïe et la vue, mais encore et surtout peut-être la sensibilité générale (Mairet), sous forme de douleurs périphériques ou viscérales, qui peuvent provoquer l'écllosion du délire ou du moins influencer sur la direction de celui-ci.

Enfin les différents délires symptomatiques des lésions syphilitiques du cerveau présentent une particularité commune dont l'importance ne saurait échapper : c'est l'*affaiblissement précoce et rapide de l'intelligence*, qui, trahi au début déjà par l'incohérence ou la niaiserie des conceptions, aboutit fatalement à une échéance, très variable il est vrai, à la *démence* caractérisée. Cette déchéance intellectuelle à elle seule indique déjà la nature organique de l'aliénation mentale (Mairet).

Mais la folie syphilitique n'est le plus souvent qu'un fragment, qu'un épisode de la syphilis cérébrale, et les symptômes somatiques qui forment son cortège habituel servent beaucoup mieux à la caractériser que les considérations précédentes, touchant ses divers aspects cliniques. L'association clinique la plus commune est la suivante : *délire, démence et troubles paralytiques localisés*. Ces paralysies localisées peuvent être des monoplégies, des hémiplegies complètes. Dans certains cas de lésions disséminées, le délire se joint à des troubles paralytiques du côté des nerfs moteurs de l'œil. L'examen du fond de l'œil révèle parfois l'existence d'une névrite optique.

Dans les formes mentales de la syphilis cérébrale, l'intervention du traitement peut amener un véritable changement à vue dans un très bref délai (Fournier). Mais, d'une façon générale, on peut dire que l'apparition des désordres mentaux dans la syphilis du cerveau est d'un pronostic fâcheux. Dans un bon nombre de cas, on obtient, il est vrai, une guérison incomplète : les troubles vésaniques à proprement parler disparaissent, mais l'intelligence demeure très amoindrie, les troubles moteurs concomitants ne se dissipent pas entièrement. Les récidives sont d'ailleurs à prévoir.

Pseudo-paralysie générale syphilitique. — Cette expression, proposée par Fournier, a été critiquée sous prétexte qu'elle prêtait à confusion. Klippel fait remarquer que ceux qui l'ont attaquée ne semblent pas s'être aperçus que la réfutation du mot « laissait la chose intacte ». Il existe, en effet, quelques observations où le diagnostic de paralysie générale, légitimement porté pendant la vie, a été infirmé par l'autopsie, qui a montré des lésions syphilitiques du cerveau et des méninges. C'est à ces faits seulement que le terme en question convient; et Fournier ne prétend pas que la paralysie générale, qui apparaît chez les anciens syphilitiques, ne soit pas la vraie. Rumpf lui-même, qui ne lui ménage pas ses critiques, et qui n'hésite pas à décrire la démence paralytique dans la syphilis du cerveau, reconnaît ailleurs l'existence de certaines formes de syphilis cérébrale reproduisant tout à fait le tableau de la démence paralytique : il les place parmi les affections cérébrales « sans symptômes de localisation ». Plus loin, il parle de la difficulté de distinguer ces cas de la démence paralytique ! On voit que sur ce point au moins l'accord pourrait se faire.

Fournier a indiqué les caractères différentiels de cette pseudo paralysie générale syphilitique. Elle s'accompagne de céphalées violentes, de paralysies localisées des membres, de convulsions partielles, de paralysies oculaires, en rapport avec des lésions gommeuses disséminées du cerveau : rien de tel dans la paralysie générale vraie non compliquée. Les troubles de la parole sont le fait de véritables paralysies glosso-labiées, et ne rappellent que de loin ceux de la démence paralytique; le délire des grandeurs est beaucoup plus rare, les rémissions dans la marche sont plus fréquentes et plus longues que dans celle-ci. Enfin, l'action du traitement spécifique peut s'y faire sentir très nettement. Les difficultés du diagnostic peuvent néanmoins être très réelles, surtout à une période avancée, et lorsqu'on n'a pas assisté à l'évolution de la maladie : c'est alors qu'on peut avoir des surprises d'autopsie, comme dans les faits de Foville, Desnos, Schüle, Mairet⁽¹⁾.

Nous n'avons pas à discuter ici les opinions émises au sujet de la nature de la paralysie générale. Nous dirons seulement que les arguments histologiques produits par Rumpf, Mahaim, en faveur de la nature spécifique de cette maladie, sont sans valeur : rien de plus banal que l'infiltration leucocytaire dans la gaine des petits vaisseaux de l'écorce cérébrale. Pour nous, l'opinion la plus satisfaisante qui ait été émise sur ce point est celle de Klippel⁽²⁾. La paralysie générale est « une infection banale qui se greffe souvent sur des cerveaux préalablement altérés par le surmenage, l'alcoolisme, etc. La même encéphalite peut compliquer les lésions scléro-gommeuses de la syphilis à titre d'infection secondaire ». En ce cas la clinique nous montre l'association des signes de la paralysie générale et ceux de la syphilis cérébrale. « Chaque fois, dit Klippel, qu'un malade présente, dès le début, une paralysie marquée des membres, du moteur oculaire commun, des cordes vocales, une aphasie complète, une glossoplégie totale, la paralysie générale est associée à d'autres lésions locales qui commandent ces paralysies. » Il y aurait peut-être intérêt à reprendre l'étude de la pseudo-paralysie générale syphilitique à la lumière de cette notion nouvelle.

B) Méningites circonscrites. Gommés cérébro-méningées. — Les lésions limitées ayant leur point de départ dans les méninges peuvent se développer sans donner lieu à aucun symptôme, ou bien ne se traduire que par des troubles vagues qui ne permettent pas un diagnostic : on les découvre quelquefois par hasard à l'autopsie. Il en est ainsi en particulier quand elles siègent dans les régions dites indifférentes du cerveau. En d'autres points au contraire elles se traduisent par des signes spéciaux : nous distinguerons à ce point de vue les lésions de la *base* et celles de la *convexité*.

1° Méningites, gommés de la base. — Les *paralysies des nerfs crâniens* sont ici les symptômes cardinaux. Elles sont isolées ou s'associent aux *paralysies des membres*, sous forme d'hémiplégies, plus rarement de monoplégies ou de paralysies bilatérales. Accessoirement peuvent s'observer d'autres phénomènes que nous retrouverons au premier plan au contraire dans la catégorie suivante : les convulsions et les troubles intellectuels. Beaucoup plus inconstants se ren-

⁽¹⁾ Voir MAIRET. *Aliénation mentale syphilitique*, p. 47 et suiv. Paris, Masson, 1895.

⁽²⁾ KLIPPEL. Article SYPHILIS CÉRÉBRALE du *Traité de méd. et de therap.*, p. 777. Paris, Baillière, 1901. — Les paralysies générales progressives. *Monographies cliniques*. Paris, Masson, 1898.

contrent encore certains accidents, tels que les vertiges, les vomissements, la polyurie, qui ne sont spéciaux à aucune forme de syphilis cérébrale.

a) Les anomalies dans le domaine des *nerfs crâniens* l'emportent ici par leur signification sur tous les autres symptômes; et les données cliniques sont en conformité avec celles de l'anatomie pathologique à cet égard; car celle-ci nous enseigne que l'espace interpédonculaire et la région du chiasma sont le siège de prédilection des néoformations syphilitiques. Les *paralysies des nerfs moteurs de l'œil* sont les plus fréquentes.

La *paralysie du moteur oculaire commun* est, parmi les accidents paralytiques de la syphilis cérébrale, un des plus fréquents et en tout cas le plus caractéristique. Son existence à elle seule doit faire soupçonner la vérole (Lancereaux); elle en est comme la signature (Ricord, Fournier). On la rencontre *totale* et *complète*, mais ceci est l'exception. Dans la règle, les paralysies syphilitiques de la troisième paire se montrent *partielles* et *incomplètes* (Fournier). Très habituellement la musculature interne de l'œil est intéressée à un degré quelconque dans ces paralysies incomplètes : la pupille est plus ou moins dilatée; les mouvements réflexes de l'iris sont paresseux, sinon abolis; l'accommodation se fait mal. Il est possible même que la paralysie de l'iris et du cristallin existe seule; mais ceci se voit surtout comme reliquat d'une paralysie antérieure.

Il semble que l'on doive admettre *a priori* que ces paralysies dissociées reconnaissent pour cause l'altération de centres distincts. Il n'en est rien cependant; et l'on sait que les infiltrations syphilitiques du tronc nerveux lui-même, à la base du crâne, peuvent les produire (Oppenheim). On peut même avancer que c'est là le mode d'altération de beaucoup le plus habituel. Il convient de faire remarquer que la dissociation paralytique ne va jamais aussi loin d'ailleurs que dans les affections systématiques : le ptosis absolument pur est rare; on n'observe généralement pas la paralysie isolée de telle ou telle fonction des muscles internes (accommodation, réflexes lumineux). Nous avons vu cependant que Babinski et Charpentier avaient attiré l'attention sur la fréquence des troubles pupillaires chez les syphilitiques, en particulier sur la perte des réflexes lumineux; mais il s'agit là d'un phénomène bilatéral, qui n'a vraisemblablement pas pour cause une lésion de la 3^e paire.

La paralysie de la troisième paire est un accident *de début* de la syphilis cérébrale. La plupart du temps elle est précédée de céphalées violentes; assez souvent elle se produit au cours même d'une crise de ce genre. Dans un fait qui nous est personnel, la paralysie de l'oculo-moteur, accompagnée de ptosis, est survenue au début d'une syphilis cérébrale d'une façon passagère et périodique, accompagnée chaque fois de céphalées violentes hémicrâniennes; si bien qu'on pouvait croire à une migraine ophtalmoplégique⁽¹⁾.

Dans la règle, cette paralysie est *transitoire*; elle est un des accidents dont la thérapeutique a le plus facilement raison, et il paraît être dans sa destinée naturelle d'aller en s'atténuant, sinon de guérir complètement, alors même qu'elle n'est pas traitée. Fournier a vu cependant des paralysies de ce genre, rebelles à tout traitement, persister définitivement.

Peut-elle rester un accident isolé de la vérole du côté de l'encéphale? Cela s'observe, il est vrai, et dans les cas traités principalement; mais il est rare qu'il en soit ainsi d'une façon définitive au moins. Dans la règle, la paralysie

⁽¹⁾ *Soc. méd. des hôp.*, 1902.