

SIXIÈME LEÇON

MAL SOUS-OCCIPITAL

SOMMAIRE

Définition du mal sous-occipital. — Physionomie de l'affection. — Histoire générale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le siège primitif des lésions est dans les os. — Tableau des lésions : ulcérations osseuses, fongosités.

Occipital. — Condyles ulcérés, infiltrés de fongosités, détruits plus ou moins largement par ulcération.

Atlas. — Ulcération des surfaces articulaires des masses latérales. Rupture des arcs, nécrose plus ou moins étendue.

Axis. — Altérations du corps de l'axis, dénudation, excavation, disparition complète. Les lésions de l'apophyse odontoïde sont constantes; leur description : dénudation de l'apophyse, détachement des ligaments; destruction partielle ou totale de l'apophyse, fracture de sa base.

Ligaments détachés, fongueux.

Lésions des arcs postérieurs des vertèbres.

Lésions de la colonne cervicale au-dessous de l'axis.

Luxations pathologiques et dislocations. — Mécanisme des luxations. Leur classification. Luxation occipito-atloïdienne: en arrière avec faits anciens, sans détails; en avant; oblique. — Luxation atloïdo-axoïdienne. La classification de Malgaigne est trop complexe. On doit distinguer la luxation bilatérale et la luxation unilatérale, l'une et l'autre plus ou moins étendues, incomplètes ou complètes.

Rétrécissement du canal rachidien par projection en arrière de l'apophyse odontoïde.

Fréquence relative des diverses variétés de luxations.

De l'ankylose et du rétrécissement du canal rachidien compatible avec la vie.

Abcès froids. — Intra-rachidiens, extra-rachidiens.

Lésions des méninges et du bulbe. — Pachyméningite; compression et ramollissement du bulbe.

ÉTILOGIE.

SYMPTOMES. — On doit étudier les symptômes ostéo-articulaires et les troubles nerveux périphériques et centraux.

1° *Symptômes ostéo-articulaires.* — Douleur spontanée et provoquée. Contracture des muscles du cou; gêne des mouvements; déformation du cou; résultats du toucher pharyngien. La gêne des mouvements devient extrême. Luxations et déplacements osseux.

Abcès. — Leur fréquence et leurs signes.

2° *Symptômes nerveux.* — Les fonctions conductrices du bulbe sont abolies en premier lieu. Ces troubles sont d'origine compressive. La mort subite peut survenir dès le début.

Paralysies variées. — Paraplégie, monoplégie, hémiplegie. — Troubles de la sensibilité.

Troubles fonctionnels d'origine bulbaire. — Dysphagie; troubles phonétiques et oculo-pupillaires; convulsions; troubles respiratoires et cardiaques.

DIAGNOSTIC. — Arthrites rhumatismale, scarlatineuse, déformante; observations de ces variétés d'arthrites.

MARCHE ET TERMINAISON. — Guérison avec ankylose. Durée moyenne. Mort subite très fréquente à une période plus ou moins avancée, même dans la période de convalescence.

TRAITEMENT. — Il doit être général et surtout local. Local : indications. Procédés divers : décubitus horizontal, immobilisation. La méthode de choix est l'extension continue. Procédés de son application : appareils divers; appareil de l'auteur. Traitement des abcès; durée approximative du traitement.

Observations.

MAL SOUS-OCCIPITAL

Le mal sous-occipital comprend la tuberculose des condyles occipitaux, de l'atlas, de l'axis et des articulations qui unissent ces os entre eux. Il n'est pas besoin de rappeler que nous écartons de notre sujet les affections autres que la tuberculose qui peuvent se localiser sur ces parties, en première ligne le rhumatisme, qui n'est pas rare.

L'affection est fréquemment localisée dans les articulations

de la tête avec le rachis, le reste du squelette et spécialement les autres vertèbres cervicales étant indemnes. C'est alors une manifestation comparable à la tuberculose de la hanche, du genou ou de toute autre grande articulation. Pourtant on ne peut pas dire que ce soit là une règle, les exceptions étant trop nombreuses. On trouve, en effet, assez souvent d'autres localisations dans les os des membres, dans les vertèbres du cou, du dos ou des lombes, dans les ganglions, dans les méninges, dans les poumons, dans un autre viscère; il arrive aussi fréquemment que les altérations osseuses ne restent pas limitées localement, et qu'elles s'étendent aux troisième, quatrième, cinquième vertèbres cervicales, de même qu'au crâne du côté de l'apophyse basilaire, de l'écaïlle occipitale, etc.

Quoi qu'il en soit, le mal sous-occipital se différencie nettement du mal de Pott par les troubles fonctionnels tout à fait spéciaux dont il se complique, et par son mode de terminaison, qui est très souvent la mort subite. D'une part, les douleurs, les difficultés des mouvements de la tête, l'obligation pour le malade de la soutenir avec ses mains lorsqu'il marche ou qu'il change d'attitude, sont la source d'une gêne considérable, et, d'autre part, il ne faut pas oublier que la moelle allongée, organe essentiel à la vie, se trouve dans la région atteinte. Il suffit que la solidité de l'articulation atloïdo-axoïdienne soit compromise pour qu'il y ait à craindre une déviation subite du canal rachidien, pour que l'apophyse odontoïde ou l'arc postérieur de l'atlas viennent comprimer brusquement la moelle allongée; alors la respiration et les battements du cœur s'arrêtent instantanément, comme après la section du bulbe dans les expériences sur les animaux. Pour ces raisons, la tuberculose de la partie supérieure du rachis constitue un chapitre à part méritant une étude attentive.

Cette maladie a été observée de toute antiquité. Hippocrate, dans le deuxième livre des *Épidémies*, décrit une angine très particulière qui se caractérisait par un déplacement des ver-

tèbres cervicales, par un enfoncement derrière le cou, par de la paralysie, et qui souvent entraînait lentement ou rapidement la mort des malades. Le tableau tracé par Hippocrate se rapporte évidemment au mal sous-occipital. Il a été reproduit par la plupart des auteurs, qui n'y ont pas beaucoup ajouté jusqu'au siècle dernier. On trouve, dans la collection des thèses médico-chirurgicales de Haller, deux travaux importants sur les *luxations spontanées* de l'atlas et de l'axis, ceux de Tager (1737) et de Schmidt. Il faut mentionner aussi la description de Rust dans son *Arthrokakologie* (1817), et une bonne thèse de Schüpke (1816). Bérard a cherché à réunir toutes les observations antérieures à 1829. Les traducteurs d'Astley Cooper, Chassaing et Richelot, ont ajouté, dans une longue note, une histoire assez complète du mal sous-occipital; ils ont en outre traduit un mémoire de Lawrence, et relevé vingt-trois observations d'ankylose de l'atlas et de l'axis (1837). Quelques années plus tard, Teissier, dans sa thèse, fournit d'autres observations et certains détails nouveaux, spécialement en ce qui concerne les luxations pathologiques. Parmi les travaux plus récents, citons encore une bonne thèse de Mahmoud, dans laquelle se trouve une importante observation prise dans le service de Charcot à la Salpêtrière. Les faits que nous avons recueillis et ceux publiés çà et là dans les collections médicales nous serviront à montrer quelques points particuliers dans la description de la maladie.

On voit par cet exposé sommaire que le mal sous-occipital a été l'objet d'un grand nombre de travaux. Mais comme on n'a jamais fait jusqu'ici la distinction entre la tuberculose et les arthrites sous-occipitales de toute autre nature, il en résulte que des choses entièrement différentes ont été comprises dans une description unique. Aussi est-ce en choisissant avec soin les observations évidentes de tuberculose et en écartant les autres, alors même qu'elles étaient douteuses, que nous avons fait l'étude qui va suivre.

Cette étude reste à compléter sur plusieurs points. L'état anatomique de la moelle allongée, en particulier, n'a pas été jusqu'ici l'objet d'un examen suffisamment approfondi, et pourtant il serait extrêmement intéressant de savoir quel est le degré d'altération de cette partie des centres nerveux compatible avec la vie, et quelle est la nature de cette altération.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions osseuses, observées à l'autopsie, occupent presque toujours simultanément l'atlas, l'axis et les condyles de l'occipital; en un mot, toutes les articulations mobiles de la région sont prises à un degré variable. Les malades ne succombant, en effet, qu'après la production de désordres de longue durée, l'anatomie pathologique constate la dernière période des lésions destructives et ne nous fait que rarement assister à leur début. Tout au plus est-il permis à cet égard de supposer que l'affection s'est localisée en premier lieu là où elle laisse ses traces les plus profondes. Ce genre de raisonnement n'est pas infaillible, il s'en faut; il n'a pour lui qu'une certaine vraisemblance. On rencontre communément, par exemple, à côté de la destruction très avancée d'une surface articulaire, une atteinte légère du côté opposé; d'autres fois l'articulation occipito-atloïdienne est restée à peu près saine, tandis que l'apophyse odontoïde est détruite et que les surfaces atloïdo-axoïdiennes sont profondément ulcérées, ou bien c'est l'inverse qu'on observe. Nous verrons plus tard quelle est la fréquence relative de ces différents cas. D'un autre côté, quelques observations, assez rares, nous renseignent directement sur le point de départ de la lésion tuberculeuse. Elles se rapportent à des cas exceptionnels, mais néanmoins très utiles à connaître, dans