

jugaison, peuvent être altérés de bonne heure par le contact des fongosités ou des abcès. Nous avons indiqué le rapport singulier que l'hypoglosse affectait dans un cas avec un trajet d'abcès froid qui le comprimait dans le trou condylien. Les premières paires cervicales, qui sont le siège de névralgies précoces, se trouvent bien plus souvent atteintes. Pierret a signalé la compression du nerf sous-occipital du côté droit dans son trou de conjugaison : ce nerf était altéré dans sa structure ; la myéline des tubes était fragmentée ou avait disparu ; ailleurs les noyaux de la gaine formaient des amas en certains points et se coloraient vivement par le carmin ; en un mot, le nerf avait subi la dégénérescence wallérienne.

ÉTIOLOGIE

On observe le mal sous-occipital surtout chez les adolescents et les adultes jeunes. Il se rencontre encore chez les enfants et chez les adultes jusqu'à quarante ans ; au delà de cet âge il devient rare. Une statistique de 37 cas se répartit d'après l'âge de la manière suivante : de trois à dix ans, 5 cas ; de dix à quinze ans, 3 cas ; de quinze à vingt ans, 8 cas ; de vingt à vingt-cinq ans, 9 cas ; de vingt-cinq à trente ans, 3 cas ; de trente à quarante ans, 5 cas ; au delà de quarante ans, 4 cas. On rencontre environ deux hommes contre une femme. Quelques auteurs ont recherché dans la profession des malades des circonstances prédisposantes. On a dit, par exemple, que les individus ayant l'habitude de porter des fardeaux sur la tête étaient exposés plus particulièrement aux affections sous-occipitales. Mais c'est là une vue de l'esprit qui n'est pas justifiée par l'examen des faits. On ne peut non plus invoquer l'influence ni des traumatismes locaux, ni des entorses, ni du

froid. A part l'âge, qui est celui auquel la tuberculose est la plus commune, les notions étiologiques font absolument défaut. Si, dans quelques cas, il s'agit d'individus prédisposés par d'autres manifestations tuberculeuses antérieures ou par l'hérédité, souvent on ne retrouve aucun antécédent tuberculeux, et l'affection sous-occipitale survient primitivement chez des individus de la plus belle apparence.

SYMPTOMES

Le mal sous-occipital se traduit par deux ordres de symptômes : des troubles ostéo-articulaires d'une part, et de l'autre des troubles variés du côté des centres nerveux.

Les phénomènes ostéo-articulaires sont en général les premiers, et ils existent seuls plus ou moins longtemps ; ils se développent avec une lenteur variable, mais leur ensemble affecte une grande analogie dans la plupart des cas. Les symptômes dépendant des centres nerveux, au contraire, diffèrent d'un malade à l'autre ; ils apparaissent quelquefois presque au début de la maladie ; le plus souvent ils se montrent tardivement ; tantôt leur marche est lentement progressive jusqu'à la mort, tantôt elle est interrompue par des améliorations passagères, et surtout par une aggravation rapide ou subite qui entraîne la terminaison fatale. Dans quelques cas, un malade qui n'avait éprouvé jusque-là aucun phénomène nerveux, aucune paralysie, aucun trouble respiratoire ou cardiaque, tombe subitement frappé de mort par suite d'une compression du bulbe. Examinons d'abord ces deux ordres de symptômes, nous verrons ensuite les combinaisons variées auxquelles ils sont soumis dans leur marche. Mais auparavant rappelons que l'état général doit attirer l'attention à toutes les périodes ;

de lui dépend l'évolution plus ou moins rapide des lésions et par suite des symptômes, c'est-à-dire une terminaison heureuse ou fatale. Pourtant on ne doit pas oublier que les malades succombent d'habitude à des accidents locaux, aux troubles nerveux, et non à une infection générale de l'organisme, septicémie chronique ou tuberculose, comme il arrive dans les arthrites de même nature. C'est là un caractère particulier au mal sous-occipital. Par conséquent, ce sont les troubles locaux qui doivent nous occuper plus spécialement.

SYMPTOMES OSTÉO-ARTICULAIRES

L'affection débute ordinairement par des douleurs locales ou irradiées et par une gêne des mouvements de la tête, entraînant assez vite une attitude vicieuse. Peu de temps après, il s'ajoute un certain degré d'empâtement et de tuméfaction de la région sous-occipitale.

La douleur est spontanée ou provoquée. La douleur spontanée se localise, tantôt dans un point qui correspond directement aux organes atteints, à la partie supérieure de la nuque, dans la fossette sous-occipitale ou sur les côtés et au-dessous des apophyses mastoïdes, tantôt dans une région plus éloignée. Ce sont dans ce dernier cas des douleurs névralgiques par irradiation; elles s'accusent en haut du côté de la tête ou en bas dans le cou et les épaules : céphalalgie pariétale d'un seul côté ou des deux, céphalalgie temporale, temporo-pariétale, temporo-occipitale, douleur névralgique sur les côtés du cou, sur une épaule, au niveau du larynx, etc. La disposition des nerfs de la région, celle du grand nerf sous-occipital qui se répand dans les téguments de la moitié postérieure de la tête, celle des branches cutanées du plexus cervical qui descendent sur le cou, sur la partie supérieure du thorax et sur les épaules, expliquent suffisamment les localisations variées des douleurs névralgiques. Leur pathogénie est la même que celle des dou-

leurs en ceinture et de la sciatique simple ou double dans le mal de Pott; elles proviennent d'une compression exercée sur les troncs nerveux dans les trous de conjugaison par les fongosités spécifiques, et quelquefois d'une véritable névrite.

La douleur spontanée n'a rien de caractéristique; elle est même souvent rapportée d'abord à une tout autre cause que le mal sous-occipital, et c'est là une source d'erreurs assez fréquentes. Au contraire, la douleur provoquée par une exploration méthodique de la région malade donne des indications plus précises pour déterminer le siège véritable de l'affection. En exerçant successivement avec le doigt une pression modérée sur les différents points du cou, on arrive à délimiter un ou plusieurs centres plus spécialement douloureux. Ces centres siègent dans la fossette sous-occipitale, sur la saillie presque toujours appréciable de l'apophyse épineuse de l'axis; d'autres fois sur les côtés au niveau des apophyses transverses de l'atlas et de l'axis, au-dessous de l'apophyse mastoïde. Mais nous ne pouvons que répéter ici ce que nous avons dit ailleurs : cette exploration doit être faite avec soin; il est nécessaire de la répéter un certain nombre de fois avant d'en tirer une conclusion. On portera ensuite le doigt explorateur au fond du pharynx, au-devant de l'atlas et de l'axis, en recherchant si la pression y est douloureuse. Souvent, outre la douleur, le toucher pharyngien révèle déjà des signes physiques : de l'empâtement, de la tuméfaction.

En même temps que survient la douleur, dont les manifestations sont d'ailleurs variables, et quelquefois avant toute manifestation douloureuse, la tête perd une partie de ses mouvements. Une contracture réflexe de certains groupes musculaires fixe plus ou moins sa position. Tout à fait au début, cette contracture diminue seulement l'étendue des mouvements de flexion ou de rotation de la tête; plus tard elle les abolit. La tête, devenue plus ou moins rigide, se maintient droite ou inclinée latéralement, en flexion ou en extension, selon les

muscles dont la contracture prédomine. Ce torticolis, qui peut durer plus ou moins longtemps, ne doit pas être confondu avec la déviation des luxations pathologiques, qui ne survient que plus tard.

Lorsque, en imprimant des mouvements à la tête, on veut forcer la résistance musculaire, on éveille une douleur vive. Dans certains cas, en faisant cette exploration, la main sent des craquements articulaires sous-occipitaux. Le sujet se tient dans une attitude particulière; au début, alors qu'il peut encore se permettre quelques mouvements peu étendus, il paraît seulement affecter un *air quindé*; pendant la marche, la tête n'oscille plus à chaque pas de l'un et de l'autre côté, pour le maintien de l'équilibre du corps; elle est fixée au-dessus du tronc et ne se meut qu'avec lui. Dès que la douleur devient un peu plus prononcée, le malade se met à marcher avec précaution; il évite les secousses des pas successifs en fléchissant les hanches et les genoux. Lorsqu'il veut regarder de côté, ses yeux seuls se dévient, la tête restant immobile. S'il a besoin de voir par derrière, il se retourne tout d'une pièce, comme une statue. Pour toucher le sol avec la main, il fléchit les hanches et les genoux sans incliner en avant le tronc, qui s'abaisse sans se plier.

La gêne des mouvements de la tête et son attitude rigide ne sont pas propres au mal sous-occipital; on les observe dans le torticolis musculaire, dans les arthrites rhumatismales du cou; mais alors elles ont une marche différente. Après avoir atteint leur maximum d'intensité dans les premiers jours, elles décroissent un peu plus tard, ou, si elles persistent, elles prennent une autre forme. La raideur et la douleur de l'affection tuberculeuse débutent au contraire le plus souvent d'une manière sourde et insidieuse et s'accroissent progressivement; leur aggravation conduit à la perte totale des mouvements, ce qui n'arrive pas dans le torticolis musculaire.

A ces troubles fonctionnels s'ajoute bientôt une déformation

de la région sous-occipitale. Il se produit un empatement, une tuméfaction large et mal limitée à la partie supérieure du cou, immédiatement au-dessous de l'occipital. Les parties molles sont soulevées et en même temps plus tendues. La fossette de la nuque est comblée; on ne sent plus les deux reliefs musculaires arrondis qui la bordent de chaque côté.

Les apophyses épineuses de l'axis, des troisième et quatrième vertèbres cervicales, que le doigt distingue assez bien à l'état normal, échappent complètement à l'exploration. Plus tard on verra reparaitre la saillie de l'apophyse épineuse de l'axis, mais ce sera alors un signe de la déviation pathologique de l'atlas en avant.

Toutes les parties tuméfiées sont devenues plus douloureuses à la pression. Le foyer principal de la douleur se trouve en général au-dessous de l'occipital, dans la fossette de la nuque; mais les saillies des apophyses épineuses et transverses sont aussi plus sensibles. Pareillement, on peut encore constater dans le pharynx un empatement anormal; le toucher et la vue le révèlent alors même qu'il n'y a pas encore d'abcès tuberculeux.

L'apparition des signes physiques précédents, tuméfaction douloureuse de la nuque et du pharynx jointe aux troubles fonctionnels, ne laisse en général aucune incertitude sur la nature du mal. Cependant la physionomie du début est sujette à quelques variétés utiles à connaître. C'est ainsi, par exemple, que les douleurs initiales, les douleurs névralgiques, la céphalalgie peuvent se présenter avec une acuité extraordinaire, capable de détourner l'attention. Ces douleurs sont assez vives pour condamner le sujet à un repos absolu et pour empêcher tout sommeil. La gêne des mouvements du cou peut paraître alors un fait accessoire, et ce n'est qu'à la condition de rechercher les signes locaux, l'empatement sous-occipital, la douleur à la pression au niveau de l'atlas, et les signes pharyngiens, qu'on arrive à être éclairé.

Après un temps variable, au delà de trois ou quatre mois, la plupart des phénomènes précédents s'aggravent et de nouveaux signes se montrent. Cependant on voit assez communément disparaître les névralgies du début d'une manière définitive ou temporaire. Les mouvements de la tête ne se font plus volontairement; le malade les évite avec un tel soin qu'il appréhende tout changement de position. S'il est obligé de se lever ou de se coucher, il s'y prend avec une précaution extrême, soutenant sa tête avec ses mains, et, s'il est paralysé des membres supérieurs, il réclame le concours attentif d'un aide pour que la tête suive exactement les mouvements du tronc. Le poids même de la tête dans la station verticale devient un fardeau gênant; le malade sent qu'elle est mal fixée, il en vient à ne plus supporter ni la marche, ni la station, sans que sa tête soit soutenue avec les mains ou avec un appareil. Plus tard enfin il reste couché dans un décubitus indifférent, ou constamment le même, d'habitude sur le dos, rarement sur le côté.

C'est à ce moment que se produisent les luxations pathologiques et qu'apparaissent les abcès tuberculeux. On a vu plus haut (p. 277) le mécanisme des luxations pathologiques. Rappelons seulement qu'elles se font lentement et progressivement, au fur et à mesure que les lésions destructives s'accroissent. Durant cette évolution, la tête prend une attitude de plus en plus vicieuse, qui invite à chercher les nouveaux rapports des os entre eux.

Les luxations de l'occipital en arrière n'ont été observées qu'un petit nombre de fois, et seulement à l'autopsie. Les faits de luxation du même os en avant manquent aussi de détails cliniques, en sorte que la description qui va suivre se rapporte exclusivement à la *luxation de l'atlas en avant*.

Le premier signe de luxation de l'atlas en avant est la flexion de la tête; mais ce n'est pas une flexion simple comme celle qu'exécute normalement un individu se tenant debout. Dans la luxation, en même temps que le menton s'abaisse vers le

sternum, il se projette en avant d'une manière sensible. Il n'y a pas seulement flexion, il y a flexion de la tête et projection du menton. De plus, cette déviation n'est le plus souvent pas directement antérieure, elle est combinée avec un certain degré d'inclinaison latérale à droite ou à gauche; tantôt c'est une déviation en avant qui prédomine, tantôt c'est la déviation latérale. La tête se porte en avant et de côté, mais sans rotation bien marquée. L'inclinaison latérale isolée se rencontre aussi quelquefois. Dans le torticolis du muscle sterno-mastoidien, quelle qu'en soit la cause, paralysie, contracture ou rétraction, la projection de la face en avant fait défaut, et la rotation indiquée par la déviation du menton vers l'une des clavicules est beaucoup plus marquée. La déviation propre au mal sous-occipital ne ressemble pas non plus au torticolis musculaire postérieur. Il suffit pour le moment d'affirmer cette distinction, sur laquelle nous reviendrons à propos du diagnostic.

L'attitude de la tête, c'est-à-dire le sens de sa déviation, indique, en règle générale, le sens dans lequel l'atlas s'est déplacé sur l'axis. L'inclinaison de la tête en avant est en rapport avec une luxation antérieure de l'atlas; si l'inclinaison, au lieu d'être directement antérieure, se fait obliquement en avant et latéralement, on est en présence d'un déplacement osseux plus marqué d'un côté que de l'autre. Cependant nous avons trouvé quelques observations, vérifiées par l'autopsie, dans lesquelles la règle précédente n'était pas observée. C'est ainsi que dans un fait d'Ollivier (d'Angers)¹, où pendant la vie la tête était renversée en arrière, il fut démontré à l'autopsie qu'il n'y en avait pas moins une luxation en avant de l'atlas sur l'axis. Les exceptions de ce genre sont tout à fait rares.

Les signes physiques de la luxation de l'atlas en avant sont fournis par le toucher pharyngien et l'exploration de la nuque. Le doigt peut sentir dans le pharynx la saillie antérieure que

1. Ollivier (d'Angers), *loco cit.*, obs. XXXIV.