

Dans quelques cas rares, les symptômes respiratoires se développent sans lésion pulmonaire appréciable ; la poitrine se dilate péniblement ; parfois le diaphragme cesse de se contracter, la dyspnée s'accroît peu à peu, et la mort est causée par une véritable asphyxie qui dure quelques jours, une semaine au plus. Mais la scène terminale est autrement frappante dans la plupart des faits.

Malgré la gêne extrême des mouvements de la tête, malgré le développement des phénomènes paralytiques, l'intelligence est restée intacte ; souvent même le malade garde une certaine gaieté ; il n'a, en tout cas, nullement conscience du danger qui le menace. C'est dans cet état qu'il meurt inopinément, en faisant un mouvement quelconque de la tête, tantôt avec des phénomènes convulsifs, tantôt avec une dyspnée intense, souvent sans aucun phénomène réactionnel appréciable, sans cri ni plainte. Un malade s'assoupit sur les oreillers et meurt alors qu'on croit qu'il dort ; un autre meurt en riant (Schalgrüber), un autre en dormant (Porak) ; une jeune convalescente dont il sera question plus loin succombe en baissant la tête.

La gravité ordinaire des symptômes articulaires et nerveux fait qu'on relègue au second plan les autres manifestations tuberculeuses que peut présenter le malade. Néanmoins, la plupart du temps, on trouve sur quelque autre point de l'organisme des altérations tuberculeuses plus ou moins graves, telles que des adénites tuberculeuses du cou, des abcès froids, une ostéite tuberculeuse d'une côte ou d'une épiphyse, une arthrite tuberculeuse, un mal de Pott dorsal ou lombaire, enfin et surtout des lésions tuberculeuses des poumons. Un grand nombre des malades dont il s'agit présentent des tubercules pulmonaires que constate l'autopsie ; quelques-uns sont des phthisiques, porteurs de cavernes aux sommets des poumons. Chez d'autres, il est vrai, la tuberculose sous-occipitale est la seule localisation infectieuse ; ce n'est nullement une raison

pour douter de la nature du mal qui n'est pas seulement déterminée par la coïncidence de lésions identiques siégeant ailleurs, mais qui l'est aussi par l'évolution particulière des accidents.

## DIAGNOSTIC

A une période avancée, lorsqu'on trouve, avec la déviation spéciale de la tête et la perte de ses mouvements, un gonflement de la nuque, un empâtement rétro-pharyngien, des phénomènes nerveux variés, le mal est absolument évident. L'intérêt du diagnostic se concentre donc exclusivement sur le début. C'est alors qu'il y a des erreurs à éviter ; en effet la plupart des symptômes initiaux se retrouvent avec des caractères analogues dans d'autres affections.

Ainsi la déviation de la tête fait penser au torticolis rhumatisal ou *a frigore*. Mais cette affection a un début aigu, une marche rapide et une durée de quelques jours seulement. La douleur est localisée sur le sterno-mastoidien ou sur les muscles postérieurs du cou ; la pression sur ces muscles est douloureuse ; d'autre part on n'observe ni douleurs à la pression dans la fosse sous-occipitale et dans le pharynx, ni douleurs névralgiques irradiées. Ajoutons avec Dally qu'il est rare « que cette forme de torticolis essentiellement musculaire devienne chronique, et plus rare encore qu'elle produise à elle seule des déformations articulaires importantes... La déformation et la raideur chronique du cou sont donc pathognomoniques de l'arthrite cervicale ; elles ne sont peut-être jamais les suites directes de l'action musculaire ».

On est plus exposé à confondre la tuberculose sous-occipitale avec les arthrites des mêmes articulations ayant une origine différente. C'est ainsi que la déviation persistante de la

tête, qui résulte parfois d'une arthrite rhumatismale ou d'une arthrite scarlatineuse peut simuler le mal sous-occipital. Mais ces arthrites ont un début aigu, marqué par un état fébrile et des douleurs très vives. Plus tard il reste seulement un endolorissement plus ou moins marqué de la région ; fait plus important, la déviation de la tête et du cou qui s'est produite dès le début peut devenir permanente, nécessitant alors un traitement spécial. Voici quelques observations de ce genre, dont j'ai cru devoir donner un résumé à cause de leur rareté, moins grande cependant qu'on ne pourrait le penser.

Obs. V. — Une fillette de huit ans, qui avait eu des atteintes multiples de rhumatisme articulaire aigu, disséminées sur les grandes articulations, aux genoux, aux épaules, aux coudes, etc., fut prise un jour brusquement d'une arthrite sous-occipitale, avec une fièvre intense et une douleur atroce à la nuque. La tête immobilisée par les muscles se plaça de suite dans la flexion avec rotation latérale, et toutes les fois que l'enfant faisait ou subissait un changement de position, ce n'était qu'au prix du réveil de douleurs intolérables, en sorte qu'elle prenait elle-même sa tête avec ses mains et la maintenait avec un soin extrême. On fit le redressement pendant la période aiguë, et on le maintint avec un appareil de soutien appliqué sur la tête et sur le cou. La guérison fut obtenue avec une bonne attitude, mais l'enfant a conservé une assez grande difficulté dans les mouvements de la tête, qui sont très limités.

Obs. VI. — Une petite fille de sept à huit ans est amenée à ma consultation le 1<sup>er</sup> juin 1886. Les parents ont déjà consulté en plusieurs pays étrangers, à Liège en particulier. La déformation du cou est constituée par un torticolis très prononcé ; la face est tournée du côté droit. Cette attitude s'est montrée d'une manière assez rapide, dix jours environ après une affection dont la nature est restée inconnue ; l'enfant eut à ce moment des accidents généraux sérieux, du délire ; on avait pensé à la scarlatine.

Les mouvements de flexion et d'extension de la tête sont libres, ainsi que le mouvement d'inclinaison latérale ; *mais la rotation est absolument abolie*. Pas de gonflement dans la région cervicale, ni dans la région sous-occipitale proprement dite ; pas de douleur à la pres-

sion ; pas de saillie dans l'arrière-bouche. Les muscles du côté gauche du cou et de la poitrine sont moins volumineux que du côté droit. Le sterno-mastoïdien gauche aplati se contracte assez énergiquement à la moindre excitation ; celui du côté opposé est dur et tendu.

L'enfant jouit d'ailleurs d'une bonne santé générale, l'état local est stationnaire depuis plus de deux ans.

Obs. VII. — Dans un autre cas que j'observai avec les docteurs Féréol et Campenon, une jeune fille fut prise, un mois environ après une scarlatine, d'une arthrite sous-occipitale aiguë avec une réaction générale vive et des douleurs intenses. La tête prit promptement une attitude vicieuse, caractérisée par une inclinaison latérale avec rotation et flexion. Cette attitude devint dans la suite permanente, et ne fut modifiée ni par le massage, ni par l'électrisation des muscles atrophiés durant plus d'une année. On dut, un peu plus tard, endormir la malade et faire le redressement en procédant avec modération par crainte d'un accident de compression bulbaire. Le redressement fut accompagné de craquements très sensibles ; néanmoins on put le faire complet, le maintenir à l'aide d'un appareil, et la malade a guéri dans les meilleures conditions.

Ces faits montrent qu'en présence d'une déviation de la tête, liée à une affection sous-occipitale, on doit s'enquérir avec soin du mode de début, de la marche de la maladie, des autres phénomènes pathologiques survenus à la même époque ou peu de temps auparavant. Le début aigu propre à l'arthrite rhumatismale, l'appareil fébrile dont il s'accompagne, sont assez caractéristiques pour écarter l'idée de l'arthrite tuberculeuse, toujours lente et insidieuse à sa première période ; les autres variétés d'arthrites aiguës sont dans le même cas.

Chez l'adulte, l'arthrite déformante sous-occipitale qui occasionne de la douleur, des craquements, de l'empâtement de la région, qui a une marche lente avec ou sans poussées subaiguës, pourrait peut-être donner lieu à la confusion. Cependant, en ce cas, on est guidé par un certain nombre de caractères différentiels : la déviation du cou est nulle ou peu marquée ; les mouvements, quoique limités, se produisent encore dans une

certaine étendue, sans douleur vive; ils s'accompagnent de craquements rudes; le gonflement de la nuque n'a pas les caractères d'empatement et de mollesse qui appartiennent aux fongosités et aux abcès profonds. L'état général est bon, il n'existe aucune autre localisation tuberculeuse; l'affection a duré fort longtemps, plus longtemps que ne met le mal sous-occipital à parcourir toutes ses périodes, avant de s'accuser par une déformation extérieure marquée.

### MARCHE ET TERMINAISON

Il est incontestable qu'un certain nombre de cas de tuberculose sous-occipitale se terminent favorablement; les malades guérissent de la lésion locale, les foyers osseux se réparent, l'arthrite se termine par ankylose des surfaces dans la position où elles se trouvent. Quelques faits de rétrécissement considérable du canal rachidien, dans lesquels l'ankylose a eu le temps de devenir complète, et dans lesquels les sujets ont même pu vivre longtemps sans paralysie d'aucune sorte, montrent que la guérison peut encore être espérée dans une période avancée de la maladie avec des lésions profondes des os et des articulations, avec une compression évidente des centres nerveux. On en a la preuve dans le rétablissement des fonctions motrices et sensitives, qui ne peut se faire même sans redressement de la tête. Parmi ces exceptions figurent les observations de Lawrence, de Shaw, de Paget, précédemment citées, et la nôtre. (V. p. 316.)

Il ne nous paraît pas douteux non plus, que sous l'influence d'un traitement bien dirigé, la maladie ne puisse souvent s'arrêter dans sa marche et guérir sans laisser de vestiges graves, lorsqu'elle est prise à son début. Mais, en général, les sujets con-

tinuent à marcher pendant un certain temps, tout en souffrant déjà au niveau du cou; ils ne s'arrêtent que lorsque les mouvements de la tête sont devenus insupportables, ou bien, autre circonstance aggravante, le mal sous-occipital survient dans la phthisie pulmonaire ou chez des individus dont l'état général est déjà compromis par d'autres manifestations tuberculeuses. Pour toutes ces raisons, la tuberculose sous-occipitale suit dans la grande majorité des cas une marche continue et se termine par la mort.

La durée moyenne ne dépasserait pas cinq à sept mois d'après le relevé que nous avons fait des observations publiées; parfois elle est moindre; mais souvent aussi, surtout avec l'intervention du traitement, elle se prolonge jusqu'à quinze, dix-huit mois et davantage. Toutefois il est probable, sinon certain, que cette durée moyenne est plus longue, et que dans beaucoup de faits les phénomènes du début, à la fois insidieux et lents, n'ont pas été pris en considération, ou bien ont été méconnus et rapportés à une autre cause. Si l'affection prise au début peut guérir avec restauration complète, sans perte des mouvements, plus tard l'ankylose est la seule ressource sur laquelle il soit permis de compter. Lorsque la destruction articulaire est profonde et qu'il survient des luxations, la tuberculose ne rétrograde que rarement, ou si l'on veut, à rarement le temps de guérir: les sujets ne succombent pas à la cachexie tuberculeuse comme les phthisiques, comme les coxotuberculeux; ils sont emportés rapidement par suite d'altérations progressives du côté des centres nerveux, ou, ce qui est presque la règle, subitement par déplacement des surfaces osseuses et compression instantanée du bulbe.

La terminaison fatale peut survenir avant l'apparition des symptômes nerveux, alors que rien encore ne pouvait la faire prévoir; les articulations sous-occipitales affaiblies se disloquent inopinément. En général la mort est précédée de la période des paralysies motrices et sensitives,