

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,

des troubles cardiaques et respiratoires précédemment exposés.

Une amélioration même assez considérable et assez persistante pour qu'elle puisse faire croire à une guérison solide peut être interrompue tout à coup par une luxation mortelle. J'ai vu un accident de cette nature arriver chez une jeune fille de treize ans, dont l'affection sous-occipitale remontait à un peu plus de deux ans. Après avoir été pendant un an paralysée complètement des membres inférieurs, incomplètement des membres supérieurs, elle s'améliora peu à peu, put se remettre à marcher en gardant une raideur dans les mouvements de la tête ; les fonctions des membres s'étaient rétablies à peu près intégralement. Cette jeune fille quitta mon service d'hôpital malgré mon avis ; deux mois plus tard, j'appris qu'elle était morte subitement en se baissant. Cet exemple témoigne de la lenteur des phénomènes de réparation ; il montre combien est longue la durée du traitement et de quelles précautions on doit entourer le malade parvenu à la période de convalescence.

TRAITEMENT

Le mal sous-occipital exige un traitement général et local. On relèvera la constitution du sujet par une médication tonique ayant pour base l'huile de foie de morue, le quinquina, etc., par un régime réconfortant, par des mesures hygiéniques procurant les distractions morales nécessaires, les changements de lieu, la vie au grand air, au soleil, à la campagne, au bord de la mer ; en un mot on appliquera au mal sous-occipital les moyens de traitement général qui conviennent au mal de Pott, aux affections tuberculeuses des os et des articulations ; il n'y a pas lieu d'y revenir. Par contre, le traitement local de-

mande une attention particulière. A l'exemple de Bouvier, je proscriis l'emploi des cautères, la destruction profonde du derme comme un nouveau mal surajouté sans profit. Les révulsifs légers et superficiels peuvent être de quelque utilité contre la pachyméningite irritative et la congestion bulbaire ; c'est à ce titre seulement qu'on peut recourir aux applications iodées, aux pointes de feu superficielles et renouvelées.

Le traitement orthopédique doit occuper la première place. On voit en effet que les sujets, au lieu de succomber à l'épuisement qui résulte d'une longue suppuration ou de l'infection tuberculeuse viscérale, meurent en général subitement par suite d'un déplacement des surfaces articulaires et de la compression bulbaire qui en est la conséquence. Ce fait impose l'obligation absolue de chercher à prévenir et à empêcher la luxation. Pour cela, on ne doit pas attendre que l'affection soit parvenue à cette phase destructive qui amène un déplacement lent des surfaces jusqu'au jour où une luxation plus grave se produit. On doit agir dès le début dans tous les cas, sans exception. Aussitôt que l'affection est reconnue, les indications du traitement se posent d'une manière pressante. On doit chercher à immobiliser les parties malades dans la position la plus favorable en supprimant l'action compressive exercée par la tête.

De toutes les méthodes proposées ou appliquées, l'extension continue, combinée avec l'immobilisation des parties et le décubitus horizontal, me paraît être la seule qui remplisse les exigences de la formule précédente. C'est donc à elle que l'on devra s'adresser tout d'abord ; mais comme elle est encore peu fréquemment employée et qu'on recourt d'habitude à d'autres procédés, nous passerons ceux-ci rapidement en revue, ne serait-ce que pour montrer leur insuffisance, ou plutôt le peu de sécurité qu'ils procurent.

Le décubitus horizontal sur un lit résistant ou dans une gouttière qui comprend tout le corps du sujet a été et est encore