

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : Grisel (maladie de)**

**GRISEL, P. - Enucléation de l'atlas et  
torticolis naso-pharyngien**

*In : [La] Presse médicale (1893), 1930, Vol. 38, pp.  
50-3*

pathique, vaut-il mieux, présentement, parler plus modestement, mais plus compréhensivement, de radiothérapie de la région surrénale.

III. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, MÉCANISME DE L'ACTION DE LA RADIOTHÉRAPIE DE LA RÉGION SURRÉNALE. — Il n'est pas inutile, pour ce faire, d'examiner par quel mécanisme sont réalisés les accidents à traiter, et la solution de cette question éclairera singulièrement celle du mécanisme de leur guérison ou de leur amélioration.

Dans les phénomènes pathologiques observés, il semble que l'on puisse distinguer deux choses. En premier lieu, une altération permanente du fond circulatoire, extériorisée par les données oscillométriques et sur laquelle la radiothérapie n'a montré aucune action. C'est ainsi que les oscillations au Pachon restent inchangées, que la claudication intermittente n'est améliorée que partiellement. La radiothérapie de la région surrénale n'apparaît donc pas comme une médication susceptible de faire varier le fond circulatoire, pas plus d'ailleurs qu'elle ne fait varier le fond tensionnel.

Sur ce type circulatoire, tantôt diminué chez les artériels, tantôt normal chez de simples hypertendus, se greffent, en second lieu, des phénomènes aigus ou paroxystiques, douleurs sympathiques, phénomènes érythromélagiques, troubles trophiques, qui sont liés manifestement à des troubles vaso-moteurs, généralement de sens vaso-constrictif, mais pouvant être parfois de sens vaso-dilatateur, étant en général de même sens pour un même malade. Le mécanisme de cette production et de cette constance dans le même sens chez le même malade nous paraît pouvoir être expliqué de la façon suivante, conception basée sur les idées de Bard sur le fonctionnement du sympathique et dont nous avons fourni des exemples probants<sup>1</sup>. Le sympathique, comme d'ailleurs les autres appareils de l'économie, est réglé de telle sorte qu'à toute agression extérieure, pour emprunter le langage des physiologistes, il réagit automatiquement par une réaction inverse destinée à s'opposer à l'action nocive de la première ou à combattre ses effets; c'est ainsi que, dans le domaine vaso-moteur qui nous occupe, le chaud provoque de la vaso-dilatation, le froid de la vaso-constriction, le travail musculaire de la vaso-dilatation, etc. Pathologiquement, cette régulation automatique peut être perturbée — lésions locales ou à distance, troubles dynamiques, etc., — si bien que les réflexes provoqués peuvent être ou nuls, ou exagérés dans le sens normal, ou même de sens contraire et franchement paradoxal, avec, dans tous ces cas, des conséquences évidemment fâcheuses pour l'intéressé. Ce sont alors des crises vaso-motrices disproportionnées à la cause qui les a produites, et même de sens contraire à celui qui serait nécessaire, par exemple resserrement des vaisseaux, au lieu de leur dilatation, à l'occasion du travail musculaire. Et, particulièrement, la constitution d'un réflexe paradoxal aboutit à l'installation d'un véritable cercle vicieux dans lequel les phénomènes pathologiques ont une tendance invincible à l'aggravation; une artère oblitérante, par exemple, fera, au lieu de la vaso-dilatation salutaire, de la vaso-constriction, à la moindre excitation et pour toute excitation; une hypertendue à circulation large fera, au lieu d'une vaso-constriction désirable, des crises d'hypercirculation pathologique; et c'est ainsi que se constitueront douleurs de type sympathique, claudication intermittente sur un fond circulatoire à la limite, troubles trophiques, crises vaso-dilatatrices dou-

loureuses par la mise en jeu de réflexes vaso-moteurs nuls, exagérés ou surtout paradoxalement inversés. Cette conception, encore une fois, est basée sur des exemples probants qui ont pu être saisis sur le vif à l'aide des divers procédés d'exploration artérielle sur des cas rapportés dans les travaux cités ci-dessus.

Cette conception admise, il devient logique de penser que la radiothérapie de la région surrénale agit en rétablissant le jeu normal des réflexes vaso-moteurs, en faisant de la vaso-dilatation là où se faisait de la vaso-constriction, et inversement. On ne concevrait pas, en effet, autrement comment une méthode appliquée au même endroit et dans les mêmes conditions pourrait déterminer dans les mêmes territoires périphériques tantôt de la vaso-constriction et tantôt de la vaso-dilatation, et ceci précisément dans le sens où cette modification est nécessaire. Il importe peu de savoir si ce résultat est obtenu, directement par action sympathique, ou indirectement par frénation d'une sécrétion pathologique ou par excitation d'une sécrétion favorable; tout se passe comme si une artérite oblitérante était devenue susceptible de faire de la vaso-dilatation compensatrice capable d'amener ou de supprimer les phénomènes pathologiques causés par la vaso-constriction paradoxale antérieure, comme si une hypertendue avait appris à faire de la vaso-constriction locale modératrice d'une tendance désordonnée aux crises d'hypercirculation; dans les deux cas, la douleur satellite se trouve favorablement influencée, ce qui permet de penser, avec toute vraisemblance, qu'elle se trouvait sous la dépendance de variations circulatoires parallèles au niveau des éléments sensibles, qu'elle était bien d'origine sympathique.

L'irradiation de la région surrénale semble donc bien être une médication vaso-motrice qui n'est essentiellement ni *contractrice* ni *dilatatrice*, mais qui peut être l'une ou l'autre, suivant les circonstances, par le rétablissement du jeu normal des réflexes vaso-moteurs perturbés.

Dans le cours de leurs travaux, Gouin et Bienvenue établissent un parallèle entre la radiothérapie et la chirurgie sympathiques, radiothérapie axiale et sympathectomie, radiothérapie régionale et ramisectomie; il nous paraît peut-être prématuré d'établir pareille analogie, et ce n'est que par des essais nombreux et variés que cette comparaison pourra être tentée. Mais, dès à présent, il nous semble qu'entre ces deux méthodes, radiothérapie et chirurgie sympathiques, une différence radicale existe et qui pourra servir peut-être d'ailleurs à préciser les indications respectives de l'une et de l'autre.

La chirurgie agit en isolant les centres sympathiques périphériques qui se trouvent dès lors à l'abri des excitations d'origine centrale; elle agit par la mise en jeu des automatismes inférieurs, par un phénomène de libération, et pratiquement cette libération aboutit à la vaso-dilatation. La radiothérapie ne semble interrompre aucune des voies sympathiques, elle rétablit un équilibre rompu dans le jeu des vaso-moteurs, elle peut faire, suivant les cas, de la vaso-constriction ou de la vaso-dilatation.

Il y a évidemment dans tout ceci une certaine part d'hypothèse, mais l'hypothèse, par les recherches de contrôle qu'elle suscite, est nécessaire aux progrès des connaissances médicales, à la condition qu'on sache ne pas demeurer le prisonnier de ces théories, mais, au contraire, s'en évader en temps opportun.

La radiothérapie de la région surrénale nous a paru douée de propriétés thérapeutiques certaines d'ordre vaso-moteur et explicables comme nous l'avons fait; c'est à l'avenir qu'il appartient, en vérifiant les faits rapportés et en en apportant d'autres, de démontrer le bien fondé de cette méthode et de cette interprétation.

## ÉNUCLÉATION DE L'ATLAS ET TORTICOLIS NASO-PHARYNGIEN

Par P. GRISEL.

Le torticolis aigu laisse parfois après lui une attitude vicieuse définitive. Il s'agit alors d'une de ses formes caractérisée, à sa période aiguë, par l'acuité de l'infection, de la déviation de la tête et du cou, de l'évolution, et, à sa période chronique, par un ensemble de déformations typiques, nullement progressives, mais apparues au contraire dès le début avec leur degré et leur caractère définitifs.

Un enfant, une petite fille d'une dizaine d'années, quelques heures après une ablation d'amygdales ou de végétations, au début d'une angine, est prise de fièvre élevée avec douleur pharyngienne et de torticolis à déviation extrême. Après quelques jours, la température se rapproche de la normale, le cou se défêchit et la palpation y révèle la présence de ganglions rétro-angulo-maxillaires encore douloureux. La douleur cervicale haute du début diminue et disparaît ainsi que l'adénopathie, mais il persiste une attitude vicieuse d'autant plus apparente qu'elle siège à la région sous-occipitale. Il s'est passé là un véritable drame aux péripéties rapides qui a fait en quelques jours, d'un enfant jusque-là bien conformé, une enfant dont la difformité apparaît à tous les yeux.

Le traitement et la longue observation de deux jeunes malades nous ont permis de noter les malformations toutes spéciales, de découvrir la lésion fondamentale, de préciser la pathogénie de cette affection si fortement caractérisée.

Leur histoire, à la période aiguë, sera donnée séparément, mais à cause de leur identité, nous ne ferons qu'une unique description des symptômes et des lésions de la période d'attitude vicieuse définitive.

OBSERVATION I. — La première malade, L., 8 ans, jusque-là bien portante, le 15 Juillet 1929, à l'hôpital Troussseau, subit l'ablation des amygdales et de végétations. Le lendemain, l'enfant, très fébrile, se plaint d'une douleur vive de l'oreille gauche et bientôt la tête et le cou prennent une attitude vicieuse d'un degré extrême, en même temps qu'apparaissent à la région cervicale latérale supérieure gauche des masses ganglionnaires douloureuses.

C'est la persistance de ce torticolis, malgré son redressement partiel et la disparition déjà ancienne des signes infectieux du début, qui motive notre premier examen, fait à notre consultation privée, trois mois après le début, le 26 Octobre 1929. Il existe encore quelques ganglions derrière l'angle gauche du maxillaire; la région sous-occipitale, surtout à gauche, est douloureuse à la pression et spontanément, à l'occasion de certains mouvements et surtout du lever et du coucher. Les signes cliniques, la radiographie, indiquent que ce torticolis est dû à un déplacement par rotation de l'atlas dont la masse latérale gauche est portée en bas et en avant et la masse latérale droite en sens opposé. La malade est mise aussitôt au lit avec une extension continue de la tête, portée à 2 kilogr. pendant le jour et à 1 kilogr. 500 gr. pendant la nuit. Au bout de trois semaines, les mouvements, qui n'entraînent pas le déplacement articulaire définitif, sont tous effectués sans douleur, la pression de la région sous-occipitale n'est plus pénible et la malade reprend ses occupations pendant le jour à condition de se soumettre pendant la nuit à une extension qui, grâce à l'habitude, ne gêne pas son sommeil. L'attitude vicieuse s'est ainsi progressivement atténuée, au point d'avoir pratiquement disparu, ainsi que nous venons de le constater grâce à l'obligeance de notre malade qui a bien voulu se présenter à notre examen le 9 Novembre 1929, 9 ans après le début du traitement. Le redressement de la tête et du cou est complet, tous les mouvements ont leur amplitude

1. LANGRIS. — La Presse Médicale, 22 Septembre 1928, n° 79; — Journ. des Sciences Médicales de Lille, 1928, p. 108-111.



presque normale, même ceux de rotation, il persiste cependant une saillie, une résistance, peu apparente mais nette, du sterno-mastoldien droit, un aplatissement de la nuque, s'opposant à une augmentation de relief à droite. Par contre, la paroi postérieure du pharynx ne présente aucune saillie anormale.

**OBSERVATION II.** — La seconde malade est encore un enfant de 9 ans, M<sup>lle</sup> B., qui, au retour d'un séjour en Suisse, est prise dans le train, le 4 Avril 1925, d'une inflammation très aiguë avec gêne douloureuse rhino-pharyngée, laquelle fut considérée comme d'origine grippale. La poussée fébrile dura 8 jours et, dès le lendemain de son apparition, la tête s'inclina fortement sur l'épaule gauche avec rotation à droite; il y eut aussi une tuméfaction douloureuse des ganglions rétro-angulo-maxillaires, mais surtout à droite et non pas seulement du côté du torticolis. La période fébrile terminée, l'enfant, se plaignant de vives douleurs sous-occipitales, fut traitée par des effluves, puis le « faux torticolis » fut immobilisé dans un appareil plâtré pendant 8 semaines.

C'est en Mars 1926, un an environ après le début, que l'enfant nous fut présentée à notre consultation privée, avec tous les signes cliniques et radiographiques de la luxation par rotation atloïdo-axoïdienne que la première malade nous avait appris à connaître. L'attitude vicieuse, qui au début avait été extrême, était encore très accentuée, mais visiblement localisée à la région sous-occipitale. Il n'y avait plus ni douleur, ni adénopathie. L'enfant fut soumise, elle aussi, à l'extension continue pendant quelques semaines, puis reprit ses occupations journalières avec extension durant la nuit. Elle est encore présentée régulièrement à notre examen, près de 5 ans après le début, et malgré une très grande amélioration, l'attitude vicieuse, avec toutes ses caractéristiques cliniques et radiographiques, persiste encore. Comme chez notre première malade, la disparition des ganglions, l'absence de tout empatement, de toute douleur, de toute altération des contours des masses osseuses sur les radiographies, permettent d'affirmer, en toute certitude, qu'il ne s'agit point d'une ostéo-arthrite et surtout pas d'un mal sous-occipital.

Nos deux malades, examinées l'une quelques mois, l'autre près d'un an après la crise initiale qui, chez toutes deux, avait été caractérisée par une inclinaison extrême de la tête à gauche avec rotation à droite, présentaient les déformations identiques suivantes :

**EXAMEN DE FACE.** — La tête est déplacée vers le côté sain, à droite, de sorte que la verticale abaissée de l'angle externe de l'œil gauche tombe au milieu de la fourchette sternale; elle est modérément inclinée sur l'épaule gauche et la face regarde légèrement à droite. Ce qui caractérise surtout cet aspect antérieur, c'est du côté de l'inclinaison, à gauche, l'aplatissement de la face et du cou, qui semblent sur un même plan, et surtout la conformation paradoxale des régions sterno-mastoldiennes : c'est le muscle du côté droit qui fait sous la peau un relief très apparent, tandis que le muscle gauche affaissé ne détermine aucun relief. La clavicle droite dans sa portion sternale, les articulations chondro-sternales droites, sont projetées en avant, attirées par la contraction habituelle du sterno-mastoldien et plus encore repoussées par la déformation ovalaire de la partie supérieure du thorax qui, nous le verrons de dos, est déformée par une courbure scoliotique haute à convexité gauche. On peut constater que l'effacement du muscle sterno-mastoldien gauche n'est dû ni à sa paralysie, ni même à son atrophie, car il se contracte lors des mouvements volontaires d'inclinaison latérale gauche et de rotation à droite plus accentuée. D'ailleurs, chez la seconde malade, un examen électrique a établi son intégrité; cet effacement est dû au rapprochement des insertions, au déplacement de l'atlas et à l'inflexion postérieure droite du rachis cervical.

Pour ce qui est des mouvements, la flexion et l'extension surtout sont normales, l'inclinaison

latérale gauche est complète, l'inclinaison latérale droite reste limitée par la courbure forte et permanente du rachis cervical dont la convexité est justement dirigée en arrière et à droite; la rotation, nécessairement entravée par le déplacement atloïdo-axoïdien, l'est plus encore vers la gauche que vers la droite et dépend surtout de la mobilité des vertèbres cervicales sous-jacentes.

L'examen du pharynx à cette période du début a été omis chez notre première malade; nous pouvons seulement indiquer qu'il n'y a chez elle actuellement aucune saillie anormale de la paroi postérieure. Chez la seconde, cette paroi est visiblement refoulée dans son ensemble vers un plan plus antérieur et sa surface, irrégulièrement soulevée, l'est surtout en bas et à droite, au niveau de



Fig. 1. — Articulatio atloïdo-axoïdienne d'une malade de 11 ans atteinte de torticolis congénital sterno-mastoldien droit. Interligne articulaire à gauche normal, un peu piné en dehors à droite (P).

la masse articulaire de l'axis, peut-être rendue saillante par la torsion du rachis et l'abandon de la masse latérale de l'atlas, qui de ce côté est en retrait.

**EXAMEN DE DOS.** — L'aspect de la nuque n'est pas moins caractéristique. On apprécie mieux de ce côté le degré de l'inflexion latérale gauche et de la rotation de la tête vers la droite, grâce à la situation des oreilles et des angles du maxillaire inférieur. Ce qui frappe avant tout, c'est l'effacement comme atrophique de la saillie de la



Fig. 2. — Observation II. Face. Cliché retourné pour comparaison plus aisée avec la fig. 1. Interligne droit très étroit par recul et abaissement de la masse latérale; interligne à gauche supprimé par projection et abaissement de la masse latérale gauche.

nuque dans sa moitié gauche et, au contraire, l'exagération de cette même saillie musculaire à droite. Comme pour le sterno-mastoldien gauche, il n'y a ici en réalité aucune atrophie, ni surtout aucune paralysie, mais un aspect déterminé, et par la rotation de l'atlas qui projette en avant sa masse latérale gauche, produisant ainsi la dépression correspondante de la nuque, et par une forte inflexion avec rotation à convexité droite du rachis cervical qui soulève les muscles des gouttières rachidiennes du côté de la convexité et détermine leur affaissement du côté de la concavité. A la partie haute de la saillie de la nuque, donc à droite, on voit et on sent une saillie osseuse qui est l'apophyse épineuse de l'axis isolée et repoussée vers la droite par la rotation et l'inflexion latérales gauches de l'atlas et de la tête qu'il supporte. Bouvier<sup>1</sup> a depuis longtemps indiqué que cette saillie de l'axis était le signe de la luxation par rotation de l'atlas.

Enfin, s'opposant à l'inflexion cervicale droite, existe une scoliose de compensation dorsale supérieure gauche, avec faible voussure costale dont

nots avons signalé la relation avec la saillie de la région sterno-claviculaire droite.

**RADIOGRAPHIE.** — Pour écarter tout reproche d'avoir considéré comme exclusivement réservée à la forme si particulière de torticolis que nous décrivons une image radiographique pouvant appartenir aussi bien aux cas de torticolis congénital sterno-mastoldien, nous reproduisons ici celle qui nous a été tout récemment donnée par une jeune malade de 11 ans, atteinte de torticolis congénital sterno-mastoldien droit très accentué (fig. 1). Elle montre l'aspect on peut dire normal des deux articulations atloïdo-axoïdiennes symétriques et la grande hauteur, à peine diminuée du côté de l'inclinaison, de l'espace clair que donnent ces articulations chez l'enfant. Au point de vue radiographique, comme d'ailleurs au point de vue clinique, il n'y a aucune confusion possible.

Les images radiographiques de nos deux malades, identiques et s'éclairant l'une l'autre, établissent chez toutes deux l'existence d'une luxation-rotation de l'atlas, projetant en avant, en bas et un peu en dehors la masse latérale gauche et refoulant en sens contraire la masse latérale droite. Il y a en même temps un degré modéré de bascule et de projection qui abaisse l'arc antérieur et le détache nettement de l'apophyse odontoïde visiblement intacte.

De face, la fente articulaire atloïdo-axoïdienne droite a peu de hauteur par suite du recul et par conséquent de l'abaissement de la masse latérale droite de l'atlas qui, reportée en même temps en dedans, reste en retrait sur son support axoïdien dont la partie la plus externe reste ainsi libre. La fente articulaire gauche a disparu, les deux contours chevauchent par suite de l'abaissement et de la propulsion de la masse atloïdienne gauche dont l'angle inféro-externe se dessine nettement, loin de tout contact avec la surface axoïdienne correspondante, située plus haut, plus en arrière, plus en dedans (fig. 2).

De profil, la rotation et la bascule de l'atlas sont rendues sensibles, par l'abaissement et l'avancement de la masse latérale gauche dont l'ombre se superpose à celle du corps de l'axis, par la perte de contact de l'arc antérieur avec la dent, par l'isolement du plan articulaire axoïdien droit abandonné par la masse articulaire correspondante de l'atlas reportée plus en arrière par la rotation (fig. 3 et 3 bis).

La radiographie de profil de notre première malade montre, de plus, dans la sous-occipitale, une rotation à droite avec inclinaison latérale gauche; on y voit en effet un vide entre la projection aiguë du bord antérieur saillant de la cavité glénoïdienne et l'angle antérieur de la masse condylienne occipitale correspondante.

\*\*\*

Après examen prolongé de toutes les données du problème, nous nous sommes arrêté à l'explication suivante de l'apparition soudaine et définitive du torticolis chez nos deux jeunes malades :

Une infection spontanée ou post-opératoire, partie du naso-pharynx en suivant les voies lymphatiques de l'anneau péripharyngien, déterminée dans l'espace rétro-pharyngien une poussée aiguë de lymphangite, d'adénite, de cellulite, qui, s'étendant au deuxième relais ganglionnaire, devient visible et palpable au niveau des ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire interne. Nos deux malades ont donné cette preuve apparente de la poussée d'adéno-lymphangite profonde, signalée directement chez la première par

1. BOUVIER. — Maladies de l'appareil locomoteur. Paris, Baillière, 1928, p. 83.

1. MAUD ASSEZ. — Thèse, Paris, 1929. Analyses avec figures in La Presse Médicale, 1929, n° 35, p. 762.



une vive douleur d'oreille, ressentie dès le lendemain d'un curetage de végétations.

Les petits muscles en entier, la partie haute du long du cou, du grand droit antérieur surtout, qui est entourée par les troncs lymphatiques et en contact avec le ganglion rétro-pharyngien<sup>1</sup>, se trouvent, au voisinage de leurs insertions, inclus dans le foyer inflammatoire. Leur contracture violente, leur action étroitement localisée déterminent dans les articulations sous-occipitales un mouvement d'inflexion antérieure et d'inclinaison extrême avec rotation; la masse latérale, pressée entre l'occipital et l'axis, attirée directement par les faisceaux musculaires qui s'insèrent sur l'arc et l'apophyse transverse, est énucléée, chassée en avant, en bas et un peu en dehors. A cette contracture profonde de cause directe s'associe une contracture des scapulaires, de l'angulaire, du sterno-mastoïdien, du trapèze, qui ajoute à la déviation sous-occipitale tout ce que peut donner la mobilité du rachis cervical sous-jacent. La déviation, devenue extrême, amène presque au contact l'oreille et l'épaule. Dès la fin des accidents aigus, cette contracture réflexe associée cesse, le redressement du cou s'effectue et il ne reste que la contracture et la déviation sous-occipitales.

La possibilité d'une telle énucléation s'explique par les relations anatomiques de l'atlas et par l'étendue des mouvements de bascule et de glissement latéral que lui impriment normalement l'inflexion et l'inclinaison de la tête sur le rachis. Cette mobilité a été autrefois étudiée par Morris<sup>2</sup>, et récemment R. Fick<sup>3</sup> a de nouveau appelé l'attention sur son importance démontrée par les recherches radiographiques de Hultkrantz<sup>4</sup>.

Le fait que, dans tous les cas semblables aux nôtres, les malades sont aussi des petites filles âgées de 8 à 12 ans prouve que cette mobilité est portée à son degré extrême par une conformité des extrémités articulaires due à l'âge et une fragilité et une laxité des ligaments dues au sexe. Elle permet à la contraction des muscles de produire la luxation, sans l'aide d'une rupture ligamenteuse qui rend bien improbable leur action énergique, mais continue, sans brusquerie.

L'irréductibilité est due, non à un simple accrochage qu'une intervention rapide pourrait libérer, mais à la contracture permanente au début, à la rétraction fibreuse des muscles et des ligaments définitivement, qui immobilisent l'atlas luxé et s'opposent à sa remise en place en maintenant le rapprochement anormal de l'occipital et de l'axis.

Un cas de Swanberg<sup>5</sup>, resté jusqu'ici mystérieux, s'éclaire à la lumière des nôtres et, par contre, nous apporte la preuve du rôle essentiel de l'action musculaire aussi bien dans le maintien que dans la production de la luxation.

Un soldat de 22 ans, dans la nuit qui suit une amygdalotomie, ressentit soudain de la raideur de la nuque avec abaissement du menton qui persistèrent et ne furent rapportés à leur véritable cause que 6 mois plus tard, lorsqu'une interprétation exacte des radiographies démontra l'existence d'une luxation antérieure de l'atlas. L'identité de la cause, des lésions, du mécanisme, de ce cas et des nôtres, est évidente, mais, chez le jeune soldat, du fait de la luxation en avant sans rotation, le rôle capital de la contrac-

ture musculaire, dans sa production, apparaît encore mieux. Les muscles prévertébraux symétriques, mis en contracture par le foyer infectieux rétro-pharyngien médian ou bilatéral, ont certainement luxé l'atlas en avant en l'attirant et en rapprochant invinciblement l'occipital et l'axis, sans que l'hypothèse d'une rupture du ligament



Fig. 3 — Observation II. Radiographie de profil des articulations sous-occipitales.

transverse nous paraisse avoir le caractère nécessaire que lui attribue son auteur.

Sans preuve absolue, d'après le résultat entièrement négatif des radiographies du malade de Swanberg et des deux nôtres, prises près de quatre ans après le début, d'après la production soudaine et d'emblée de la luxation, d'après le caractère adéno-lymphangitique de l'affection, nous ne croyons pas à l'existence d'une arthrite

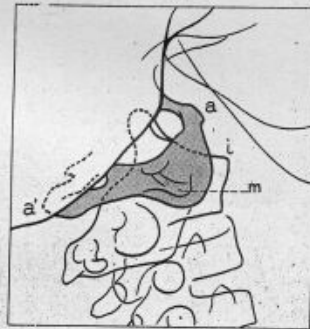


Fig. 3 bis. Observation II. Schéma de la figure 3. — On voit en l'angle de la surface articulaire droite de l'axis, complètement abandonnée par la masse latérale correspondante reportée en arrière, les tubercules antérieurs et postérieurs de l'atlas, a et a', et sa masse latérale gauche m qui a été chassée par la compression et la traction en bas et en avant au devant du corps de l'axis. La partie de l'atlas non cachée par la base du crâne est seule teinte en gris.

et à sa nécessité comme cause initiale de la contracture musculaire. Il n'y a, en tout cas, rien qui ressemble à l'arthrite persistante et progressive que l'on veut voir actuellement dans tout cas de torticolis aigu ou subaigu. Le drame infectieux rétro-pharyngien, dont nous venons de décrire les actes successifs et rapides, se passe en avant des articulations et ne les intéresse qu'accessoirement ou même pas. Le foyer infectieux adénoïdien qui le cause détermine la con-

tracture énergique des muscles sous-occipitaux antérieurs, comme il déterminerait un énergique triismus s'il était situé plus bas et plus en dehors et, bien certainement alors, sans l'intermédiaire obligé d'une arthrite temporo-maxillaire.

Il existe donc un torticolis que nous appelons le *torticolis naso-pharyngien*, parce que son apparition est liée à l'infection des territoires lymphatiques bien circonscrits de la muqueuse du nasopharynx d'où cette infection doit nécessairement partir pour pouvoir déterminer successivement la poussée lymphangitique rétro-pharyngienne, la contracture des muscles sous-occipitaux antérieurs et enfin, par elle, l'énucléation de l'atlas. Ses signes cliniques, ceux qui trahissent l'infection lymphatique du début mis à part, sont ceux de la luxation de l'atlas et varient suivant que cette luxation s'est faite avec rotation (nos 2 cas), ou en avant par glissement et bascule (cas Swanberg).

Cette luxation, jusqu'ici toujours abandonnée à elle-même dans les premiers mois, devient définitive comme l'attitude vicieuse qu'elle produit. Le traitement prolongé et plus encore l'accommodation correctrice si puissante du rachis de l'enfant assurent cependant une amélioration progressive qui peut aller jusqu'à la guérison apparente, malgré la persistance discrète des signes essentiels.

Le seul traitement est, à toutes les périodes, l'extension continue de la tête. Imposée dès les premiers jours, elle pourrait triompher de la contracture et permettre une réduction qui n'est possible que précoce. Chez notre première malade, mise seulement au troisième mois, elle a entraîné la disparition rapide de la contracture douloureuse due au déplacement permanent de l'atlas, et, continuée systématiquement depuis, elle a obtenu une atténuation des signes apparents qui équivalait actuellement à une guérison. Chez notre seconde malade, commencée près d'un an après le début, l'extension, dans des conditions évidemment défavorables, a donné, en quatre ans, une très grande amélioration qui se poursuivra sans doute jusqu'à la fin de la période de croissance.

\*\*\*

Nos observations, du fait de leur rareté, perdent-elles beaucoup de leur intérêt? Non certes, et après avoir relu les leçons de Kirrmisson<sup>1</sup>, de Lannelongue<sup>2</sup>, de Broca<sup>3</sup>, la monographie de Redard<sup>4</sup>, nous pouvons affirmer que leurs observations de torticolis chronique à début aigu, rapportées par eux à l'arthrite chronique progressivement agissante, sont identiques aux nôtres et appartiennent à un type clinique déjà antérieurement connu et décrit. Dès 1875, en effet, Dally<sup>5</sup>, parmi 11 cas marqués de ces mêmes symptômes particuliers qu'offrent les nôtres et qu'il groupe sous le nom de *torticolis occipito-atloïdien*, en distingue 4, caractérisés par l'apparition soudaine de l'attitude vicieuse « survenue au milieu d'un cortège fébrile très intense ». Caractères spéciaux dus au siège sous-occipital, action prépondérante des muscles profonds, tout est indiqué. Nous nous serions contenté de publier 2 nouveaux cas de torticolis occipito-atloïdien, si Dally avait pu aller plus avant vers l'origine et la connaissance exacte des lésions d'une affection dont il avait si bien senti le caractère particulier et qu'il isolait du groupe

1. KIRRISSON. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, p. 247.  
2. LANNELONGUE. — *Leçons de clinique chirurgicale*, p. 262.  
3. BROCA. — *Leçons cliniques de chirurgie infantile*, 1<sup>re</sup> série, p. 308.  
4. REDARD. — *Le torticolis*, Paris, 1898, p. 97.  
5. DALLY. — « Du torticolis occipito-atloïdien ». *Bull. général de Thérapeutique*, Octobre 1875, p. 354.

1. ANATOMIE DE POISSON, 1<sup>re</sup> édition, Tome II, fasc. 4, fig. 640, p. 1296.  
2. MORRIS. — *Anatomy of the Joints*, London, 1879, p. 97.  
3. R. FICK. — *Zeitsch. f. orth. Chir.*, 1929, p. 327.  
4. HULTKRANTZ. — *Abhandl. d. k. n. schwedischen Akademie d. Wissensch.*, 1912, t. XLIX.  
5. H. SWANBERG. — « Luxation antérieure de l'atlas consécutive à une amygdalotomie ». *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, t. LXXII, 1919. Analyse in *La Presse Médicale*, 1919, p. 131.



confus des arthrites sous-occipitales. Gillette<sup>1</sup> n'avait pas encore signalé l'existence d'une relation entre l'infection adénoïdienne et le torticolis; la radiographie n'était pas encore découverte, qui nous prouve l'absence de lésions inflammatoires chroniques déterminant une luxation occipito-atloïdienne, mais au contraire l'existence d'une luxation partielle et immédiate de l'atlas.

Nous sommes donc d'abord conduits à reconnaître l'existence d'un torticolis d'origine nasopharyngienne, déterminant, par l'infection lymphatique de l'espace rétro-pharyngien, une énucléation partielle de l'atlas due à la contracture des muscles prévertébraux. Nous croyons ensuite que cette énucléation, révélée par nos 2 cas et qui devait exister dans tous les cas semblables publiés antérieurement, devra être recherchée systématiquement chez tout malade atteint de torticolis à début brusque et fébrile, à déviation accentuée et cela sans attendre la période chronique qui est aussi la période d'irréductibilité.

\*\*

A côté de ces cas extrêmes et rares, il y a certainement des cas moyens et légers, n'allant pas jusqu'à la luxation de l'atlas, mais toujours reconnaissables à leurs caractères fondamentaux: lésion infectieuse naso-pharyngienne originelle; poussée d'adéno-lymphangite soulevant parfois la paroi pharyngienne, mais révélée le plus souvent par la gêne de la déglutition, la douleur haute de la chaîne jugulaire; torticolis par contracture prévertébrale avec relâchement du sterno-mastoïdien, inclinant la tête si la lésion pharyngienne est latérale, l'infléchissant directement si elle est médiane, bilatérale ou diffuse.

Nous avons observé nous-même, en 1907 et 1908, deux malades atteints de torticolis présentant ces caractères et dont l'aspect particulier avait conduit l'un de nos maîtres à envisager pour tous deux le diagnostic de mal sous-occipital. Sans comprendre alors la signification de l'ensemble de ces symptômes, d'ailleurs simplement indiqués par leur caractère moyen, nous vîmes dans le début rapide et fébrile, dans la présence de ganglions de la chaîne jugulaire, une raison d'écarter un diagnostic si grave et les deux malades, dont l'un est de temps à autre revu par nous, sont restés définitivement guéris, après quelques jours d'extension. Le nombre des cas semblables, de gravité moyenne, toujours rapportés à l'arthrite infectieuse cervicale, est certainement assez grand et celui des cas légers, passagers, l'est certainement plus encore.

Bien des cas de torticolis adénoïdien, toujours considéré comme articulaire, présenteront à un examen averti les signes caractéristiques du torticolis naso-pharyngien.

Ces mêmes signes, et en particulier la raideur de la nuque en flexion avec relâchement des sterno-mastoïdiens, devront être recherchés dans les cas d'abcès rétro-pharyngien produit par l'infection des mêmes régions, des mêmes voies lymphatiques, mais cette fois chez le nourrisson. La raideur du cou est en effet constante dans cette affection, elle est connue sans avoir été étudiée dans ses attitudes et ses causes, mais sa disparition rapide après l'évacuation de l'abcès l'a toujours fait attribuer à une contracture réflexe et non à une arthrite sous-occipitale comme on le fait si facilement pour toutes les autres sortes de torticolis adénoïdien dont les symptômes et le mécanisme sont moins nettement apparents.

Dans un travail récent, Félix et Lüdecke<sup>2</sup> ont

1. GILLETTE. — « Torticolis par hypertrophie des amygdales ». *New York med. Journ.*, 1<sup>er</sup> Août 1906.  
2. FÉLIX et LÜDECKE. — « Le torticolis lymphogène ». *Zeitschrift. f. orth. Chir.*, 1928, p. 323.

décrit, sous le nom de *torticolis lymphogène*, un ensemble de cas dissemblables, allant de la simple contracture musculaire par périadénite à la polyarthrite cervicale, même à la spondylite ankylosante, et dépendant tous d'une infection lymphatique venue des parties hautes du pharynx et révélée par une adénite. Pour eux, en l'absence de toute arthrite, le torticolis peut être dû à la présence d'une adénite sous-sterno-mastoïdienne, mais on remarque alors que ce muscle n'est pas en cause, qu'il est au contraire relâché pour ne pas déterminer une compression douloureuse et que ce sont les muscles profonds qui, par leur action réflexe défensive, amènent l'inclinaison favorable de la tête et du cou. Nous retrouvons ici, on le voit, le signe du relâchement paradoxal du sterno-mastoïdien, relâchement qui nous semble caractériser l'existence du torticolis nasopharyngien, dans lequel la contracture des muscles profonds s'explique par l'action directe, sur les muscles prévertébraux sous-occipitaux, de l'adéno-lymphangite rétro-pharyngienne.

Nous ferons remarquer incidemment, d'après notre observation personnelle et la lecture de nombreuses observations, en particulier celles de la thèse de Collinet<sup>3</sup>, que les suppurations sous-sterno-mastoïdiennes ne déterminent qu'une inflexion latérale modérée et passagère du cou, que ces suppurations, même celles de la gaine du muscle, n'entraînent qu'exceptionnellement un véritable torticolis et, après guérison, ne laissent pour ainsi dire jamais derrière elles un torticolis permanent. C'est, dans nos cas graves, la luxation brusque de l'atlas qui rend, dès la période aiguë initiale, le torticolis définitif; sans elle il disparaîtrait en peu de temps, comme disparaît toute la partie de la déviation qui n'est pas déterminée par elle.

Clinique médicale  
de l'hôpital « Evangelismos », d'Athènes  
(Service de M. AXELLOS)

## MYOCARDITE SCLÉREUSE DIFFUSE ET SYPHILIS

Par N. L. CHANIOTIS

(de la Faculté de Médecine de Lyon).  
Chef de Clinique médicale de l'hôpital « Evangelismos ».

Ce n'est qu'à partir de la fin du siècle dernier que l'on a commencé à étudier la syphilis du cœur. La gomme du myocarde, élément facile à reconnaître à l'examen microscopique, a ouvert l'étude de cette localisation de la syphilis depuis l'observation, restée classique, de Ricord (1846). De nombreuses observations sur la syphilis du cœur furent publiées depuis et des faits très précis ont été rapportés, basés, d'une part, sur les recherches anatomopathologiques des lésions syphilitiques du cœur et, d'autre part, (depuis 1905) sur la découverte du spirochète par Schaudinn et la réaction de Bordet-Wassermann. La majorité des descriptions se rapportent à l'atteinte du myocarde qui, parmi les trois tuniques du cœur, est la plus fréquemment touchée par la syphilis.

La myocardite syphilitique a été l'objet de nombreuses études aussi bien chez l'adulte atteint de syphilis acquise que chez l'enfant hérédo-syphilitique. Ce dernier offre spécialement des conditions tout particulières pour son étude en raison de l'action plus directe du spirochète

1. COLMETZ. — « Suppurations du cœur ». Thèse, Paris, 1897.

sur son myocarde et de la constatation plus facile (depuis Buscke et Fischer en 1906) de ce triépisme dans les lésions myocardiques hérédo-syphilitiques. En effet, les recherches sur la myocardite chez l'enfant hérédo-syphilitique ont été très heureuses tant au point de vue des résultats précis, ne permettant aucun doute sur l'origine exacte des lésions, qu'au point de vue des conclusions tirées de la comparaison de ces lésions aux lésions similaires rencontrées dans la syphilis acquise de l'adulte qui, elle, par contre, a donné lieu à des discussions très étendues.

La myocardite spécifique de l'adulte a suscité, comme nous venons de le dire, de nombreuses discussions en ce qui concerne le rôle de la syphilis sur la formation des lésions, et c'est avec scepticisme que certains auteurs ont accepté les observations qui s'y rapportent.

Dans le présent article nous ne nous occupons que des lésions myocardiques diffuses provoquées par la syphilis chez l'adulte, laissant de côté les lésions circonscrites telles que la gomme du myocarde, l'infarctus, les anévrysmes pariétaux et les ruptures spontanées du cœur syphilitique que nous avons déjà étudiées, en 1924, avec notre maître M. le professeur Favre<sup>1</sup>.

Les myocardites diffuses, loin d'être, comme il a été soutenu, l'exclusive manifestation de l'hérédo-syphilis cardiaque, se rencontrent aussi bien chez l'adulte et sont divisées depuis Briouot, Vaquez, Fouquet, etc., en :

1° *Myocardite aiguë*, dont les lésions, évoluant très rapidement, consistent en une désintégration des fibres musculaires donnant une myomalacie de tout un territoire du muscle cardiaque. Un exemple classique de cette forme est donné par l'observation de Letulle (1910) où l'oblitération d'une coronaire a provoqué la destruction rapide de tout le ventricule gauche avec désintégration vacuolaire de fibres musculaires.

2° *Myocardite subaiguë*, à évolution rapidement scléreuse. C'est la forme la plus souvent rencontrée, décrite parfois sous le nom de myocardite sclérogommeuse et qui a été étudiée par Lancelotti, Mrazek, Adler, Deguy, Gallavardin et Charvet, Landois, Fagnoli.

Dans le myocarde plus ou moins hypertrophié et de consistance ferme, on voit le tissu musculaire divisé par de nombreuses traînées blanches de tissu cicatriciel scléreux. Au point de vue microscopique, ce qui frappe ce sont :

1° Les lésions vasculaires portant sur les coronaires et leurs fines ramifications endomyocardiques et consistant en artérite syphilitique avec périartérite et surtout endartérite oblitérante qui est remarquable par son existence constante au niveau des lésions (Gallavardin et Charvet); 2° l'infiltration de petites cellules rondes dans les espaces conjonctifs, surtout autour des capillaires avec formation, en certains endroits, de petites masses arrondies donnant l'aspect de gommes miliaires; 3° la formation de sclérose avec fibres conjonctives denses venant enserrer par endroits des fibres musculaires qui dégénèrent (vacuolisation, dégénérescence graisseuse). Il est facile de se rendre compte, comme dans notre cas, que cette sclérose vient se substituer à l'infiltration embryonnaire, constituant un mode de cicatrisation post-inflammatoire. Remarquons aussi que, s'il est presque constant de voir les lésions vasculaires coronariennes s'accompagner d'infiltration embryonnaire et de formation de sclérose dans le tissu myocardique, il est aussi possible de constater l'existence simultanée de ces deux dernières lésions sans altérations vasculaires concomitantes ou même de les voir se développer séparément dans des cas différents.

3° *La myocardite chronique scléreuse* qui se ren-

1. N. CHANIOTIS. — « Ruptures spontanées d'organes et syphilis ». Thèse, Lyon, 1924, chap. V.