

LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

BUREAU DE DIRECTION :

Président.....M. le Professeur A. ROUSSEAU
Doyen de la Faculté de Médecine.

Vice-Président.....M. le Professeur J. GUERARD

Secrétaire.....M. le Docteur R. DESMEULES

Trésorier.....M. le Docteur G. DESROCHERS

REDACTION :

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé au secrétaire, le Dr R. Blanchet, Ecole de Médecine, Université Laval, Québec.

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec paraît tous les mois. Il est publié par "Le Bulletin Médical de Québec Inc." Le prix de l'abonnement annuel est de trois dollars.

Pour ce qui relève de l'administration et de la publicité on doit correspondre avec le Docteur Geo. Racine, 145 Boulevard Langelier, Québec.

SOMMAIRE

—
Février 1933
—

— MEMOIRES —

	Pages
Un cas de Spondylite traumatique.....	
A. BROUSSEAU et G. DESROCHERS	37
Un cas de Méningite à Staphylocoques.....	
A. BROUSSEAU et S. CARON	42
Commentaires sur une présentation récente d'un cas de Méningite Staphylococcique secondaire.....	
A. BROUSSEAU et S. CARON	43
Observation d'un cas de Cancer du Col de l'utérus avec Métastase pulmonaire.....	
J. CAOINETTE et A. VALLEE	53
A propos d'un cas de Torticolis noso-pharyngien.....	
J. GUERARD, R. POTVIN et J.-B. JOBIN	58

Un cas de Spondylite Traumatique

(maladie de Kummel-Verneuil)

A. BROUSSEAU et G. DESROCHERS

de la Clinique Roy-Rousseau.

Du 16 au 23 déc. dernier, nous avons eu l'occasion d'examiner M. Alain, âgé de 50 ans, blessé au cours de son travail le 28 oct. 1931.

Il travaillait rue St-Réal, au sommet du Cap, et roula soudain jusqu'en bas, sur une longueur d'environ 60 pieds. Il ne perdit pas connaissance, essaya de se relever puis retomba. Transporté à l'Hôtel-Dieu il fut soigné par le Dr Vézina qui constata des fractures de l'arc postérieur des 6^e, 7^e, 8^e et 10^e côtes droites, et de nombreuses plaies superficielles sur le visage et la région postérieure de la tête; ces plaies sans importance guérissent très vite sous 3 ou 4 pansements.

La jambe et le pied gauche avaient été atteints et l'on voit encore une cicatrice à la partie inférieure et externe de la cuisse, semblant intéresser quelque peu le quadriceps crural; d'autres cicatrices sont retrouvées sur les parties molles de la région inférieure et interne de la jambe gauche.

Enfin l'articulation tibio-tarsienne gauche est encore légèrement augmentée de volume par rapport à l'homologue du côté droit, et les mouvements en sont un peu douloureux.

Le blessé sort le 10 déc. 1931; il paraît devoir guérir sans séquelle. En janvier 1932, un nouveau rapport médical ne mentionne que les lésions déjà connues. En mars cet homme se plaint de raideur dans le dos, avec douleur dont le maximum siège à l'épaule droite. On porte alors le diagnostic de périarthrite.

Mais le 10 août 1932, le Dr Potvin fait une radiographie et découvre un aplatissement cunéiforme du corps vertébral de la 9^e dorsale, sans aucun fragment détaché de la vertèbre aplatie, les disques inter-vertébraux étant en bon état. Il constate par ailleurs des séquelles des fractures de côtes.

Le 7 déc., à la suite d'un nouvel examen médical, on estime que le blessé "fait un peu d'hystéro-traumatisme."

Une semaine après nous sommes appelés à procéder à un nouvel examen. Le blessé avance péniblement, le tronc légèrement infléchi en avant; debout il adopte une station hanchée à droite, qui paraît déterminée par la douleur éprouvée lorsqu'il s'appuie d'aplomb sur le membre inférieur gauche. Dans cette attitude on note une cyphose légère mais nette, intéressant largement toute la partie moyenne de la colonne dorsale, et que ne corrige pas la flexion du tronc en avant. La percussion des apophyses épineuses est douloureuse au niveau de la 4^e ou 5^e dorsale. Nous ne constatons pas de contracture para-vertébrale au niveau dorsal; nous en trouvons à la région lombaire du côté droit; nous la croyons due à l'attitude hanchée à droite.

Les mouvements imprimés à la colonne vertébrale, flexion en avant, en arrière, et latérale sont limités dans leur amplitude, beaucoup plus nous semble-t-il, par la douleur que par une contracture évidente.

L'examen neurologique ne permet pas de déceler d'autres troubles. Les sphincters fonctionnent normalement; les réflexes tendineux, ostéo-périostés, cutanés, sont normaux, seule l'exploration des réflexes achilléens est difficile et ne permet pas de conclusion nette. Chaque fois l'articulation tibio-tarsienne des deux côtés se trouve fixée par une contracture ou un tremblement.

M. le Dr Desrochers fait une radiographie nouvelle qui confirme les données établies précédemment par M. le Dr Potvin, la 10^e dorsale paraissant de plus, légèrement écrasé et diminuée de hauteur.

La ponction lombaire ne révèle rien d'autre qu'une petite élévation du taux d'albumine....0gr. 35 contrastant avec une teneur normale en lymphocytes....0.6 lymphocytes par mm³. Le B.W. est négatif dans le L.C.R. et le sérum.

Une nouvelle radiographie toute récente a permis de déceler une altération vertébrale au niveau de la 5^e dorsale, c.a.d. au point où la pression sur les apophyses épineuses provoque depuis longtemps une douleur parfaitement localisée.

Nous croyons que ce syndrome répond assez exactement à l'ensemble clinique décrit par Kummel, puis par Verneuil en 1891-1892.

Nous retrouvons en effet les 3 stades caractéristiques de l'affection: traumatisme, intervalle libre, ou plutôt de bien-être relatif; difformité progressive et tardive du rachis avec exacerbation des douleurs, le tout corroboré par les examens radiologiques.

Il est aisé de comprendre que la multiplicité des lésions constatées après l'accident ait empêché que l'attention ne soit attirée sur une altération possible de la colonne vertébrale; il est vraisemblable qu'alors ni la clinique ni la radiologie n'eussent permis le diagnostic.

Au bout de quelques semaines tout semble devoir rentrer rapidement dans l'ordre; c'est "l'intervalle libre" au cours duquel finissent par apparaître pourtant des douleurs localisées à la région vertébrale, ce qui motive un examen médical en mars 1932, concluant spécialement à l'existence d'une périarthrite de l'épaule gauche, mais le 10 août, le Dr Potvin découvre l'aspect radiologique si particulier de la lésion de la 9^e dorsale.

La raideur et la douleur progressent, la cyphose devient plus apparente, et nous retrouvons en décembre, puis en janvier, des altérations vertébrales au niveau de la 9^e et de la 10^e dorsales marquant précisément la limite inférieure de la cyphose, ainsi qu'au niveau de la 5^e dorsale, limite supérieure de cette cyphose, point où depuis longtemps se manifeste une douleur très localisée.

Nous nous sommes crus fondés à porter le diagnostic de **Syndrome de Kummel-Verneuil**, et nous avons estimé à 50% l'incapacité partielle permanente dont ce blessé se trouve actuellement frappé. Toutes réserves faites sur la possibilité d'aggravation ultérieure, nous croyons qu'après 15 mois l'affection est parvenue au point où le plus habituellement, les lésions tendent à se fixer, sinon à se réparer.

La guérison se fera-t-elle par une consolidation de l'état actuel pouvant se poursuivre pendant plusieurs années en même temps que régresseront les douleurs? Nous l'espérons sans pouvoir nous avancer davantage. Nous craignons seulement que l'âge du blessé et son apparence organique médiocre ne permettent pas une récupération rapide.

L'évolution si caractéristique et les données radiographiques nous permettent d'éliminer la campto-cormie si fréquemment observée pendant la guerre après les descriptions de Souques.

Il ne peut être question d'une simple lombarthrite non plus que d'une spondylose rhizomélique de Pierre Marie, ou d'une cyphose hérédo-traumatique de Bechterew.

Pour des raisons cliniques et radiologiques nous nous croyons fondés à éliminer l'hypothèse d'un mal de Pott.

A ce stade de l'affection pouvons-nous envisager chez un sujet de cet âge, un traitement vraiment efficace? Nous ne le croyons pas, mais nous serions heureux d'avoir là-dessus l'avis des chirurgiens.

La controverse existe toujours à propos de la pathogénie de cette affection. Cette spondylite traumatique ou comme dit Masmonteil, cette spondylo-porose est-elle due à une fracture méconnue et généralement indécélable au début par les moyens cliniques et radiologiques actuels, ou faut-il accepter l'opinion de Leriche selon qui la maladie de Kummel-Verneuil n'est qu'un cas particulier des ostéo-péroses post-traumatiques par hyperhémie?

Frochlich et Mouchet, au Congrès de l'Assomption Française de Chirurgie, 1930, rapportent les expériences et les hypothèses de Schmorl qui invoque des fractures trabéculaires ou des atteintes fines de la corticale des vertèbres à la faveur desquelles se produirait ultérieurement dans l'os spongieux une hernie du "nucleus pulposus".

Peut-être Kummel fut-il très sage en considérant en 1928, que le même aspect clinique et radiologique pouvait être déterminé par diverses causes: hémorragies intra-rachidiennes et fractures trabéculaires du tissu spongieux, fissures

osseuses, fracture par compression, lésions primitives du disque inter-vertébral, seules ou associées.

De cette observation et des nombreux exemples qu'offre déjà la littérature médicale, nous voudrions tirer cette conclusion: "Toutes les fois où il est raisonnable de penser qu'un traumatisme peut avoir affecté la colonne vertébrale, il est prudent de procéder à des examens cliniques et radiologiques périodiquement renouvelés; ainsi dans un certain nombre de cas, une thérapeutique appropriée pourrait être appliquée en temps utile, et l'on verrait se restreindre le champ trop vaste encore de **l'Hystero-Traumatisme**. Cette dénomination devrait être réservée aux cas où des symptômes nettement fonctionnels, influençables partiellement au moins par la suggestion, se produiraient à la suite d'un traumatisme, symptômes que ne pourraient expliquer par ailleurs les résultats d'investigations complètes et renouvelées."

Un cas de Méningite à Staphylocoques

A. BROUSSEAU et S. CARON

de la Clinique Roy-Rousseau.

Le 11 oct. 1932, le Dr Caron est appelé auprès d'un homme âgé de 40 ans qui, 4 jours avant avait été pris de maux de tête violents, à localisation d'abord frontale puis occipitale.

Le 9 oct. il se livre chez-lui à une scène d'une extrême violence, puis s'en va chez ses parents où, du 9 au 11 oct. il présente 5 crises convulsives de caractère épileptique. Le malade porte d'ailleurs des cicatrices de morsure de la langue qui en témoignent. On note un herpès labial. L'expression verbale semble difficile, la mémoire imprécise, et l'on pense à une aphasie motrice post-paroxystique vraisemblablement transitoire.

L'examen neurologique ne montre rien de plus en ce qui concerne la motricité, la sensibilité et les divers modes de la réflectivité.

La pression artérielle est un peu basse: Mx 11, Mn 7,5 - I.O. 2½. Rien au point de vue cardio-vasculaire, digestif, etc.... Pas de température.

Mais sur le tronc et les membres on remarque de nombreuses cicatrices cutanées brunâtres, arrondies, du diamètre d'une pièce de 10 centins en moyenne. Sur la région occipitale, cicatrice d'anthrax récent.

L'anamnèse nous enseigne que peu après une blennorrhagie survenue voici 3½ ans, survint une éruption généra-

lisée, prurigineuse, prenant en certains points, tels les conduits auditifs et la région postérieure du cou, un aspect impétigineux, et qui entraîna - par les soins du Dr R. Paquin, - des examens de sang, tous négatifs, ainsi que l'administration d'une série de piqûres à titre de traitement d'épreuve.

Le 24 août dernier apparaît un furoncle à l'oreille, puis un autre en arrière du pavillon que suit un anthrax intéressant le cou et l'épaule droite, et qui fut l'objet d'un traitement auto-hémothérapique (Drs Fortier et Lapointe). Tandis qu'évoluait l'anthrax, sa femme dit qu'une nuit il aurait été pris de défaillance, de nausées, sans convulsions ni raideur, de sueurs profuses, le tout durant une demi-heure environ. Cet anthrax à peine terminé, un gros furoncle apparaît au sein gauche, donne issue à une grande quantité de pus, et tout paraissait rentrer dans l'ordre lorsque surviennent les phénomènes aigus que nous venons de décrire. Le malade est transporté à la Clinique Roy-Rousseau où, le 11 au soir, on note une température de 101.3, pouls 118.

La notion de céphalées récentes, d'épilepsie convulsive, et d'aphasie motrice détermine à faire aussitôt une ponction lombaire qui montre - en position assise - une tension élevée: 58 au manomètre de Claude, donnant issue à un liquide louche qui contient: (Dr André Paulin le 12 oct.)

Albumine: 2 grs par litre; Cytologie: 1500 éléments par mm³ dont 4-5 de polynucléaires, 1-5 de lymphocytes, nombreux cocci à Gram positif, ayant tous les caractères des pneumocoques - Bordet-Wassermann négatif.

Les urines contiennent 0gr. 25 d'albumine; l'azotémie est de 0gr. 34 par litre. Le B.W. est négatif dans le sang.

Le 13 oct. alors qu'il n'y a ni raideur de la nuque, ni Kernig, ni vomissements, le pouls étant à 110 et la température à 104, une nouvelle ponction montre un liquide hypertendu, - 58 au début - contenant 2grs. d'albumine, 0gr. 41 de glycose, une très grosse réaction leucytaire à prédominance polynucléaires et des cocci ayant tous les caractères morphologiques des pneumocoques. Le malade se plaint de son hypocondre gauche, la rate est légèrement percutable, non perceptible au palper. Il est constipé, ne présente aucun autre trouble digestif, ne se plaint plus de maux de tête.

Un traitement par le sérum anti-méningococcique est amorcé par injection intra-rachidienne (20 c.c.) suivie le lendemain de 20 c.c. sous-cutanés. La température tombe à la normale le 15 au matin, pour remonter le soir à 103, le lendemain soir à 104, et l'on reprend l'administration de sérum anti-méningococcique avec un résultat comparable, la température devenant sub-normale le 18.

Mais le Dr Paulin, - par la culture du sang et du L.C.R. - obtient des colonies de staphylocoques dorés. Le 19, la fièvre fait un nouveau clocher à 104, qui paraît céder à une nouvelle injection de sérum anti-méningococcique. Le liquide retiré par ponction est très fibrineux, d'où impossibilité de compter les éléments cellulaires où prédominent de nombreux polynucléaires au milieu desquels se trouvent des cocci à Gram positif. Albumine: 2 grs. 70 par litre. La pression était encore de 58.

Cependant s'installe un syndrome d'hémiplégie spasmodique droite, légère, avec aphasie plus marquée. Après 3 jours de répit, la fièvre remonte progressivement à 102, puis 103, retombe en plateau aux environs de 100, pendant 2 jours, devient un instant sub-normale, puis s'élève progressivement jusqu'à 103, le 29, pour redescendre aux environs de la normale, le pouls évoluant parallèlement à la température. Le malade paraît plus faible, obnubilé, il est parfois confus et délirant pendant quelques heures. Le 25 une nouvelle ponction montre une pression élevée: position assise - début - 70, Queckenstedt positif, liquide légèrement trouble.

Albumine	3 grs.	20
Glycose	0 gr.	51
Urée	0 gr.	16
Cytologie	1200	polynucléaires par mm-3 et de nombreux staphylocoques.

La thérapeutique, pendant cette période, se limite à l'administration de toniques cardio-vasculaires. Une dernière ponction lombaire, le 29 oct., montre, la manœuvre de Queckenstedt étant positive, une baisse rapide de l'hypertension intra-crânienne - 20 en position couchée - tombant vite à 8, le liquide paraît plus clair et ne contient plus que 1 gr. 80 d'albumine, et 70 éléments par mm-3, dont les 4-5 polynucléaires,

et dans le frottis on ne trouve plus de staphylocoque. Nous notons alors la probabilité d'une localisation encéphalique de l'infection, sans plus de communication avec l'espace sous-arachnoïdien spinal et nous croyons que s'est constituée sur la face externe du cerveau - hémisphère gauche - une collection purulente sous-arachnoïdienne enkystée. La température revient au voisinage de la normale, le pouls oscille entre 80 et 90, mais le malade paraît moins conscient, l'aphasie est plus marquée, l'hémiplégie droite plus accentuée; il y a gâtisme depuis quelques jours.

A partir du 1er nov. on note l'extension de la spasmodicité au membre inférieur gauche et une tendance à l'attitude du membre inférieur droit en flexion, cuisse sur bassin, le membre reprenant le plus souvent cette attitude après qu'elle a été réduite par une extension forcée du genou. Les abducteurs de ce côté, sont légèrement contractés, et l'on sent dans la fosse iliaque droite, une masse tendue profondément située contre la paroi postéro-latérale et que nous interprétons comme étant le corps du psoas.

En résumé, nous avons affaire à un cas de méningite staphylococcique secondaire à une staphylococcémie - succédant à une longue série d'épisodes infectieux cutanés dont les derniers assurément doivent être rapportés au staphylocoque doré.

Les observations de cet ordre sont relativement peu nombreuses et le pronostic en est le plus souvent fatal. Les formes relativement bénignes qui ont pu être décrites, ou bien ne comportaient pas d'état septicémique (Lortat - Jacob et Grivot, 1920) ou bien, comme dans les cas de Faroy et Marchal, (1923), il s'agissait de réactions méningées aseptiques au cours de staphylococcémie.

Cette méningite présente un caractère particulier: les symptômes sont avant tout cérébraux, les réactions spinales étant particulièrement discrètes.

On peut se demander par quelle voie le staphylocoque a pu infecter les espaces sous-arachnoïdiens. Faut-il incriminer l'anthrax qui évolue voici près de 2 mois après un furoncle de l'oreille, ou plus simplement l'extension plus profonde de l'infection par voie sanguine? Une autre hypothèse mérite d'être

envisagée, et à laquelle nous conduit la constatation toute récente d'une contracture permanente intéressant surtout le psoas du côté droit. Cette contracture douloureuse peut faire penser au début d'une psoïtis, mais nous avons recherché en vain tout signe de contracture paravertébrale; la colonne paraît aussi souple qu'il est possible de l'espérer étant donné la gravité de l'état général; la pression sur les apophyses épineuses ne déclenche aucune douleur, il n'y a pas la moindre ébauche d'œdème au triangle de J. L. Petit.

Cependant il convient de se rappeler cette observation de Besançon, Weisse mann, Netter et Destouches, publiée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1928, où, à une staphylococcémie avec méningite suppurée aboutissant à la guérison, succéda en 3 mois, d'abord une cystite, puis un abcès staphylococcique de la cuisse, puis une psoïtis que la radiographie permit de rapporter à une spondylite survenue au niveau de la 12^e dorsale et de la 1^{ère} lombaire.

Plus récemment Chavany et Georges (Presse Médicale 1929), ont décrit des cas dont l'aspect clinique est celui d'un lumbago très aigu avec réactions méningées, et chez lesquels en somme, la méningite staphylococcique représentait une complication de l'ostéo-myélite du rachis.

Nous sommes portés cependant, étant donné la précocité et l'intensité des accidents cérébraux, à estimer que nous avons affaire à une méningite cérébrale secondaire aux infections tégumentaires voisines, la propagation s'étant faite soit par voie lymphatique, soit plutôt par voie sanguine.

Au point de vue thérapeutique il est remarquable de voir combien le sérum anti-méningococcique, chaque fois, a influencé de façon favorable mais fugace, l'état général, et particulièrement la température et le pouls.

Lorsque la preuve de l'infection staphylococcique nous fut donnée, il devenait très délicat de décider d'un traitement spécifique. Il paraît logique d'utiliser un auto-vaccin, et nous y pensons. Mais ne sait-on pas que dans les infections à caractère aussi grave que celle-ci, la vaccinothérapie risque d'engendrer des réactions focales très vives et dont nous ne savons pas l'étendue. Si le temps nous en est laissé, nous ne manquerons

pas de suivre les conseils de Teisier, Reilly et Rivallier (Ann. Médecine 1929), c'est-à-dire de pratiquer d'abord une intradermo-réaction, nous renseignant sur le degré de sensibilisation du malade, ce qui nous aidera à mieux apprécier la quantité et la fréquence des doses thérapeutiques utiles sans rien ajouter au péril actuel.

L'état du malade n'a pas permis de procéder à une exploration radiographique de la colonne vertébrale.

Commentaires sur une présentation récente d'un cas de Meningite Staphylococcique secondaire

A. BROUSSEAU et S. CARON

de la Clinique Roy-Rousseau.

Le malade dont nous avons, voici 2½ mois, rapporté l'observation clinique, meurt le 9 nov., dans le coma. Le pathologiste fait l'autopsie et trouve:

"Téguments parsemés de petites cicatrices anciennes, arrondies, à centre stellaire. A deux travers de doigts au-dessus du mamelon gauche, abcès récent, vidé, ouvert à l'extérieur, mais ne dépassant pas le plan musculaire. Deux cicatrices blanchâtres sur la face postérieure droite du cou. Teinte sub-ictérique grisâtre de la peau.

Quelques adhérences isolées de la plèvre gauche. Symphyse pleurale complète à droite; dans la plèvre, présence d'un tractus fibreux rempli de matière caséuse à moitié desséchée. Abcès de la taille d'une prune, rempli de pus verdâtre épais, sur la face antérieure du lobe droit inférieur, intéressant la périphérie du parenchyme pulmonaire, la plèvre et le péricarde voisin; la face intérieure de celui-ci est cependant intacte. Foyers infarctoïdes arrondis avec présence de petits points purulents dans le lobe moyen et supérieur droits. Broncho-pneumonie hypotastique au début.

Stéatose et stase hépatique.

Néphrite dégénérative sub-aiguë: le rein gauche présente en outre un abcès, dont la coupe est conique, qui s'étend de la corticale jusqu'au bassinnet; celui-ci contient du pus verdâtre épais.

Foyers caséux desséchés occupant environ 3-4 du parenchyme de la surrénale gauche. Hypoépinéphrite modérée à droite.

Rate molle mais peu diffluyente, présentant une légère hyperplasie de la pulpe blanche.

Abcès cérébral de la partie postéro-inférieure du lobe pariétal gauche semblant s'étendre assez loin en avant et en profondeur avec légère réaction de la méninge sus-jacente dont l'enlèvement fait sourdre du pus à la surface."

(9 nov. 1932)

Examen macroscopique d'une coupe horizontale du cerveau

(16-1-33)

"Sur une coupe horizontale on constate que l'abcès occupe la partie postérieure et inférieure du lobe pariétal gauche. Il est composé de trois cavités très voisines, qui sont remplies par un pus crémeux. Il entoure la corne postérieure du ventricule latéral et refoule la substance cérébrale voisine vers ce ventricule dont la lumière est par conséquent rétrécie.

Il n'y a aucune trace d'extension de la lésion dans le ventricule, dont les parois et les plexus sont normaux. Du côté méningé par contre, l'abcès effleure sur un point la surface cérébrale et y a provoqué un accollement des méninges sur une étendue de la dimension d'une pièce de 10 cents."

Les résultats de l'autopsie, tels qu'ils nous sont fournis par le pathologiste nous éclairent sans nous satisfaire complètement. L'existence de plusieurs abcès voisins dans le lobe temporal gauche plaide en faveur de l'origine embolique des abcès. On convient en effet que les abcès métastiques, assez rares d'ailleurs, siègent trois fois plus souvent dans le lobe temporal gauche que dans le droit. Mais l'examen anatomo-pathologique ne nous dit pas si ces abcès comportent ou non une coque. Il se peut qu'elle ne paraisse qu'à l'examen histologique, mais si elle existait cela témoignerait d'une ancienneté relative des abcès auxquels pourraient être rapportés les

symptômes cliniques aigus qui ont marqué la période d'invasion.

L'apparition de pus à la surface du cerveau ne paraît s'être produite qu'au cours des manœuvres d'autopsie lorsque fut exercée une traction sur des adhérences méningées n'excédant pas en surface la largeur d'une pièce de 10 sous. Il n'y avait donc pas apparemment pendant la vie, de communication entre les abcès cérébraux signalés et les espaces sous-arachnoïdiens.

Le fait de cette altération méningée très localisée suffit-il à expliquer la permanence d'une grosse réaction leucocytaire à prédominance de polynucléaires parmi lesquels, sauf à la dernière ponction, est mis chaque fois en évidence le staphylocoque doré?

Comment s'expliquer aussi que peu de jours avant la mort l'infection ait si rapidement régressé en ce qui concerne les espaces sous-arachnoïdiens si, d'une part, les abcès qui semblait avoir respecté l'écorce, n'avaient pas atteint non plus le ventricule latéral, (lequel, à la suite de l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius par exemple, peut ne plus communiquer avec les espaces sous-arachnoïdiens.)

La notion d'abcès métastatiques multiples, d'origine vraisemblablement embolique, nous conduisit à penser qu'il pouvait exister en dehors de ceux qui nous étaient signalés, de petits foyers corticaux dont la présence expliquerait les symptômes méningés, et qui, ultérieurement, ont pu être enclos par une réaction de la pie-mère voisine.

C'est alors que les pièces nous furent apportées et je crois qu'elles justifient notre hypothèse. En effet si, comme le pathologiste l'a signalé, on voit sur la coupe trois abcès voisins, dont deux ne sont séparés que par une étroite bande de substance grise de la surface du lobe, il me semble que l'on voit aussi deux abcès corticaux beaucoup plus petits, mais fort nets, et dont l'un paraît correspondre au point où une traction sur les adhérences méningées a provoqué, lors de l'autopsie, l'issue du pus.

Quant au ventricule latéral, la corne sphénoïdale ne nous paraît pas seulement rétrécie mais très nettement oblitérée,

et nous doutons que de cet aspect macroscopique seulement on soit autorisé à penser que le revêtement épendymaire à ce niveau est indemne, ainsi que les plexus. Cela est possible mais il paraît difficile de le prouver sans examen histologique.

Quoiqu'il en soit, si notre diagnostic est exact en quelques-unes de ses parties, il est incomplet et nous avons méconnu l'abcès cérébral. Ce que nous avons cru symptomatique du retentissement cortical d'une méningite purulente localisée, doit être largement rapporté aux abcès cérébraux découverts par l'autopsie.

Mais il faut reconnaître aussi que ces abcès n'ont pas présenté l'ensemble des caractères qu'on leur reconnaît d'ordinaire. Le début d'un abcès métastatique est, en général, apoplectique, tandis que dans notre cas les phénomènes généraux graves se sont échelonnés sur trois jours.

L'abcès commence fréquemment par un frisson qui, dans l'anamnèse, n'a pas été retrouvé. Il n'y a pas eu non plus de ces vomissements réguliers, ni la température sub-normale sur laquelle insistent tant les cliniciens, tel Eagleton.

Cependant les convulsions épileptiques survenant chez un sujet évidemment porteur d'une suppuration ordinairement due au staphylocoque, auraient dû nous faire penser davantage à une atteinte corticale brusque; de même l'aphasie et l'hémiplégie spasmodique progressivement constituées en plusieurs temps. Nous avons été retenus de porter le diagnostic d'abcès intra-cérébral parce que, à plusieurs reprises, la ponction lombaire nous a permis de retrouver non pas une méningite aseptique réactionnelle souvent contemporaine du début d'un abcès, mais d'un état de méningite septique prolongée, avec fièvre souvent élevée, et que nous croyions liée à une suppuration plus importante localisée à la face externe du cerveau.

Nous avons cru qu'il convenait de produire devant vous les pièces qui montrent l'insuffisance de notre diagnostic, et l'interprétation qu'après coup nous croyons le plus susceptible de nous éclairer.

Nous nous consolons en pensant que même si le diagnostic d'abcès cérébraux eut été fait, leur caractère embolique,

leur multiplicité, et l'existence d'une staphylococcémie entretenue par de nombreux foyers viscéraux, et peut-être aussi par un foyer tégumentaire, n'eussent pas permis à une intervention de modifier sensiblement l'évolution dont nous avons été témoins. Au reste Foster Kennedy, à l'Académie de Médecine de New-York, déclarait en 1929, que le diagnostic le plus difficile, généralement impossible à faire, est celui entre l'abcès du cerveau et la méningite diffuse.

“Ce que l'on peut faire, dit-il, c'est postuler la présence d'une lésion et sa localisation, mais pour le diagnostic d'abcès, il se fonde moins sur les symptômes permettant une localisation neurologique que sur les signes généraux que constituent la somnolence excessive, l'hébétude, la stupeur, et les céphalées croissantes.” Il signale que le lobe temporal réagit parfois par des sensations soudaines et passagères, (mauvaise odeur, mauvais goût), et qu'il lui arrive souvent d'être très tolérant. Il n'y a pas de fièvre, dit-il, si les méninges ne sont pas intéressées. Mais comment départagerons-nous ce qui, dans la fièvre, revient aux diverses suppurations viscérales à évolution clinique extrêmement torpide, ou à la réaction méningée septique que nous avons constatée, et qui pour nous, s'explique par la présence de petits abcès corticaux, et non par les trois abcès plus profonds, seuls relatés dans le protocole d'autopsie.

Observation d'un cas de Cancer du col de l'Utérus avec Métastase Pulmonaire

JOS. CAOUCETTE et ARTHUR VALLÉE

de l'Hôtel-Dieu.

La malade, sujet de cette observation est une femme de 41 ans, admise dans le service de gynécologie de l'Hôtel-Dieu de Québec, le 27 septembre dernier et qui est morte brusquement le 12 octobre, à cinq heures du matin, après un séjour de quinze jours à l'Hôpital.

Il s'agit d'un cas de cancer secondaire du poumon (forme nodulaire); la tumeur primitive s'est développée au niveau de la lèvre postérieure du col utérin.

Ce cancer du col qui s'est manifesté au cours d'une grossesse, a évolué d'une façon excessivement rapide; il a brûlé les étapes. Chez notre malade l'action de la gravidité sur le cancer a été manifestement aggravante.

Madame R. St-L. s'est présentée à la consultation pour des pertes séro-sanguinolentes alternant avec de la leucorrhée, et dans un état d'asthénie marquée.

Elle est pâle, présente une dyspnée très accusée, mais a conservé son poids normal. Elle n'a jamais souffert.

Réglée à 14 ans, les menstruations ont toujours été régulières et normales.

Mariée à l'âge de 21 ans, elle est devenue enceinte onze fois.

Ses dix premières grossesses ont été conduites à terme sans complication, les accouchements ont été spontanés et les suites de couches normales.

La dernière grossesse a été interrompue spontanément au début du septième mois de son évolution à la fin de juin dernier.

C'est à la fin du quatrième mois de cette grossesse, aux derniers jours d'avril que la malade a commencé à constater des pertes séro-sanguinolentes, pas très abondantes, mais se présentant de temps à autre et survenant à l'occasion d'une fatigue ou à la suite des relations sexuelles.

Dans l'intervalle, elle avait des pertes purulentes quelques fois assez abondantes. Ces pertes séro-sanguinolentes et cette leucorrhée ont continué après son accouchement prématuré pour augmenter en abondance et devenir fétides.

Au toucher, nous constatons au niveau de la lèvre postérieure du col, une ulcération végétante, irrégulière, reposant sur une surface ferme.

En combinant la palpation de l'abdomen au toucher vaginal, nous trouvons un utérus de volume normal, en légère antéversion et ayant conservé toute sa mobilité.

Aucune anomalie du côté des annexes; les paramètres sont souples. Pas d'adénopathie inguinale.

L'examen direct au spéculum nous fait voir un col légèrement hypertrophié et la tumeur végétante, friable que nous avons perçue au toucher, masquant légèrement le col et implantée sur sa lèvre postérieure.

Nous ne constatons aucun envahissement des parois vaginales.

Le diagnostic clinique posé est celui d'un cancer végétant limité au col de l'utérus.

Afin de confirmer ce diagnostic, nous avons fait le prélèvement d'un morceau du col pour une biopsie, et pratiqué un curettage suivi d'une thermo-cautérisation des végétations néoplasiques dans le but de diminuer les pertes sanguines. L'examen histologique fait par le Docteur Vallée nous apprend qu'il s'agit d'un épithélioma absolument atypique, présentant de nombreuses zones de dégénérescence et d'hémorragie.

Le huitième jour après son admission, notre malade, qui, dès son arrivée, présentait une dyspnée qui s'accroissait au moindre effort, fait une crise respiratoire très intense.

Incapable de rester couchée, elle se tient assise sur son lit, cyanosée, accuse une douleur thoracique très pénible et, à la suite d'un accès de toux qui dure plusieurs minutes, expectore des crachats muco-purulents striés de sang.

A l'examen, nous constatons une expiration prolongée, de gros râles, l'abolition des vibrations thoraciques et de la matité à la base des deux poumons.

A la pointe du cœur, nous entendons un souffle systolique sans caractère précis.

En présence de ces symptômes et surtout à cause de l'existence d'un cancer au niveau du col, l'hypothèse d'une néoplasie secondaire du poumon pouvait être envisagée.

Elle ne put malheureusement être confirmée qu'à l'autopsie, la précipitation des faits ne nous ayant pas permis de faire examiner le liquide de ponction et les crachats et de faire faire la radioscopie.

Ces crises de suffocation se sont renouvelées avec une intensité plus grande jusqu'à la crise finale survenue le 12 octobre, crise qui a emporté notre malade par asphyxie suraigüe.

L'autopsie pratiquée trois heures après la mort, sous la direction du Docteur Vallée, a donné le résultat suivant :

Examen Histo-Pathologique,

Autopsie: Examen externe: On constate un œdème assez marqué de la jambe droite où se voient d'anciennes cicatrices de brûlures. Le cadavre est celui d'une femme bien constituée dont le pannicule adipeux est très bien conservé.

Examen interne: **Thorax:** A l'ouverture de la cavité thoracique on constate la présence de quelques centaines de centimètres cubes d'un liquide clair séro-sanguinolent dans les deux plèvres. Les poumons complètement affaissés dans ce liquide ont un aspect atelectasique. Le poumon gauche

présente au niveau du diaphragme de nombreuses adhérences assez lâches et facilement libérables.

Les deux poumons sont littéralement farcis de nodules d'aspect marbré, mous, saillants et en très grande majorité sessiles, bien que partiellement dégagés du parenchyme et quelque-fois pédiculisés dans la plèvre viscérale. Deux d'entre eux nettement pédiculés adhèrent au péricarde.

L'ouverture des grosses bronches montre de gros nodules cancéreux faisant saillie dans la lumière et les obstruant en partie.

Le cœur pèse 350 grs. et ne présente rien de particulier non plus que le péricarde et les gros vaisseaux.

Cavité abdominale: Le foie pèse 1855 grammes, est lisse, gros, semé de très petits foyers de stéatose, d'aspect légèrement congestif.

La rate pèse 260 grammes sans caractère particulier.

L'intestin et l'estomac sont normaux ainsi que le pancréas. On ne constate aucun ganglion dans le mésentère et tout le péritoine est normal.

Les reins se décortiquent bien pèsent respectivement le droit 160 et le gauche 155 grs.

Utérus et annexes: pèsent ensemble 240 grs. L'utérus est piriforme de grosseur normale, dur, légèrement congestionné. A l'ouverture on constate un petit caillot dans la cavité, mais rien d'anormal du côté du corps.

On constate un néoplasme ulcéré à la face postérieure du col siégeant au niveau de l'isthme et s'étendant peu en profondeur. Les annexes sont normales.

Examen Microscopique: Un examen antérieur d'une biopsie du col a donné un épithélioma absolument atypique, présentant de nombreuses zones de dégénérescence et d'hémorragies.

Les tumeurs pulmonaires sont constituées par un épithélioma également atypique, mais de type pavimenteux. Le poumon présente en outre un léger œdème sans phénomènes inflammatoires.

Le foie est un foie de stase avec petits foyers de dégénérescence graisseuse.

Rate de stase.

Rein: Légère néphrite épithéliale.

Diagnostic: Épithélioma secondaire du poumon très envahissant, consécutif à un petit épithélioma utérin limité.

Dans le cancer du col utérin nous observons le plus souvent des métastases ganglionnaires abdominales de voisinage ou encore des métastases rétrogrades au niveau des parois du vagin et de l'orifice vulvaire.

Il est rare d'observer des métastases à distance évoluer d'une façon aussi aigüe avec une lésion primitive aussi limitée.

Chez notre malade, l'évolution clinique de la maladie a été de cinq mois.

A propos d'un cas de Torticolis Naso-Pharyngien

J. GUÉRARD, R. POTVIN et J.-B. JOBIN

de l'Hôtel-Dieu.

Le 25 septembre 1930 arrivait dans le service de médecine de l'Hôtel-Dieu, une fillette de 9 ans atteinte depuis quelques jours d'une inflammation de la paupière supérieure gauche.

Absolument indemne de tout antécédent pathologique, la petite malade avait été prise, deux jours avant son entrée à l'hôpital, d'un gonflement rouge et douloureux de l'aile gauche de son nez. A son arrivée à l'hôpital, le gonflement a gagné les paupières gauches et il envahit rapidement tous les tissus mous de la moitié gauche de la tête et de la face. Ces phénomènes inflammatoires locaux s'accompagnent d'une atteinte profonde de l'état général: la température est à 104-105 degrés F, le pouls est mauvais, la petite malade est complètement sidérée, elle ne souffre pas, elle ne bouge pas, elle est dans un état de grande stupeur.

Au bout de quelques jours, la paupière supérieure gauche paraissant recouvrir une collection purulente, on l'incise et il en sort un magma nécrotique peu abondant; et dans les jours qui suivent, toute la peau de la paupière supérieure tombe en lambeaux. Puis c'est tout le cuir chevelu du côté gauche et la peau de la moitié gauche de la face qui paraissent recouvrir une vaste nappe de pus. On y creuse plusieurs puits au thermocautère et il en sort le même magma moitié purulent, moitié nécrotique.

Cette infection suraiguë qui paraissait devoir emporter la malade en quelques jours, n'était que le prélude d'une lon-

gue septicémie qui devait durer exactement du 23 septembre 1930 à la mi-mai 1931, c'est-à-dire huit mois. Pendant tout ce temps, la température se maintint manifestement au-dessus de la normale, oscillant entre 100 et 104 jusqu'au 15 décembre; puis elle suivit une courbe beaucoup plus irrégulière jusqu'au 15 mai 1931, date à laquelle elle atteignit définitivement la normale.

Pendant tout ce temps, l'état général a résisté d'une façon étonnante, il n'était pas très bon évidemment, mais il était loin d'être très mauvais. De temps en temps, sur ce fond septicémique, se greffait une complication infectieuse locale: une ostéo-arthrite de l'articulation d'un doigt de la main droite que l'on dut ouvrir et cureter; une ostéo-périostite très étendue du fémur droit, dont on voit encore les signes sur les radiographies, une ostéite de l'humérus droit; un abcès du poumon gauche, décelable cliniquement et visible sur la radiographie; une complication rénale dont la présence nous fut révélée par une pyurie et une hématurie d'origine rénale.

Voilà donc un cas de septico-pyohémie qui s'impose à notre attention également par la virulence de l'infection, par la multiplicité des localisations secondaires et par la résistance du terrain. Mais c'est d'un point de vue tout à fait différent que je veux vous présenter aujourd'hui cette malade, et j'ai cru qu'il ne m'était pas permis de vous laisser ignorer au milieu de quel cortège symptomatique avait pris naissance et avait évolué l'affection sur laquelle je veux maintenant attirer votre attention.

Vous comprenez facilement qu'au début de cette maladie, nous nous attendions tous les matins, en arrivant à l'hôpital, à ce qu'on nous apportât à signer le certificat de décès de cette petite. Or chaque jour nous avions la surprise de la retrouver vivante. On s'habitue à tout, nous nous sommes habitués à la voir vivre dans cet état.

Or un beau jour, plusieurs semaines après le début de sa maladie, nous découvrons qu'elle reste toujours immobilisée dans la même position, et qu'en particulier sa tête conserve une attitude d'une fixité étonnante: elle est comme propulsée latéralement vers l'épaule droite, légèrement fléchie à gauche et sa figure reste constamment tournée vers la droite. Les

mouvements de flexion et d'extension sont conservés; elle peut accentuer la rotation vers la droite, mais elle ne peut pas tourner sa figure vers la gauche. Si l'on veut lui imposer des mouvements passifs, on constate facilement que le mouvement de rotation vers la gauche est impossible, nous sommes arrêtés par un blocage solide, presque osseux, et la malade accuse de la douleur à la nuque.

L'observation de la religieuse infirmière nous apprend que cette attitude vicieuse a été précédée par quelques jours de douleurs dans le cou et la nuque.

Nous nous croyons alors en présence d'une nouvelle complication de sa septicémie et nous recherchons un foyer infectieux dans le voisinage: la gorge est libre, les tissus mous du cou ne recèlent aucune collection purulente; les os de la région sont indemnes. Ne trouvant pas de foyer infectieux pour expliquer cette attitude vicieuse, nous demandons le concours de la radiologie. Les renseignements qu'elle nous fournit sont négatifs. L'état de la malade ne nous permettant pas alors de continuer les examens, le diagnostic reste en suspens.

Or, un bon soir, en lisant un numéro de la Presse Médicale, notre attention est attirée par un article de M. Pierre Grisel intitulé "Enucléation de l'atlas et torticolis naso-pharyngien". Dans cet article, le Dr Grisel rapporte deux observations de torticolis aigu ayant laissé après lui une attitude vicieuse définitive et qu'il rattache à une subluxation de l'atlas sur l'axis. La description que le Dr Grisel fait de l'affection qu'il a observée chez ses deux petites malades est tellement superposable à ce que nous avons observé chez la nôtre, que du coup notre conviction est faite, notre petite malade est atteinte d'une maladie de Grisel, ou Torticolis Naso-pharyngien, ou subluxation de l'atlas sur l'axis.

Le lendemain, le numéro de la Presse Médicale en main, nous reprenons l'examen de notre malade et nous retrouvons chez elle tous les signes de cette affection, à tel point que le Dr Grisel aurait observé notre malade au lieu d'observer les siennes qu'il n'aurait pas écrit autre chose.

Cette affection, décrite par le Dr P. Grisel dans le numéro de la Presse Médicale du 11 janvier 1930, mérite d'être retenue

comme une entité clinique bien définie. Elle a en effet des caractères distinctifs indéniables, une pathogénie originale et vraisemblable et un traitement logique et efficace si l'on sait reconnaître la maladie en temps.

Dans la Presse Médicale du 30 août 1930, le Dr Desfosses en rapporte un nouveau cas caractéristique et il n'hésite pas à lui donner le nom de Maladie de Grisel. Depuis ce temps, de nouveaux cas ont été rapportés, mais ils restent peu nombreux; je n'en ai retrouvé qu'une dizaine dans la littérature médicale.

Notre observation, toute incomplète qu'elle soit, apporte aux précédentes l'appui d'une nouvelle preuve clinique au bien fondé de la description du Dr Grisel.

Cette affection survient dans la plupart des cas chez des fillettes de 8-10-12 ans, à la suite d'un abcès amygdalien, d'un abcès rétro-pharyngien, d'une amygdalectomie, d'une angine grippale, ou de toute autre inflammation aiguë des voies aériennes supérieures. Elles débute par un torticolis aigu qui laissera des séquelles définitives s'il n'est pas reconnu et traité à temps. En général, les malades sont vus plusieurs semaines ou plusieurs mois après le début de l'affection et ils ont tous la même attitude: la tête est déplacée vers le côté sain, à droite en général, de sorte que la ligne verticale passant par l'angle externe de l'œil gauche tombe sur le milieu de la fourchette sternale; la tête est inclinée à gauche et la figure est tournée à droite. La moitié gauche de la face semble aplatie et se continuer en ligne droite avec le cou.

Le muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche n'est pas tendu, contracturé, il ne fait pas saillie sous la peau comme ce serait le cas si l'attitude vicieuse de la tête, que nous venons de décrire, était due à un torticolis musculaire par contracture du sterno. Au contraire, c'est le muscle sterno droit qui fait saillie sous la peau. Et ceci constitue le "**Paradoxe des Sternos**", signe constant et précieux de la maladie de Grisel.

Les muscles sterno ont conservé leur intégrité; ils se contractent normalement et ils réagissent normalement aux courants électriques.

L'hémithorax droit dans sa partie supérieure et la clavi-

cule droite dans sa partie interne bombent en avant, font voussure, repoussés par la scoliose haute, à convexité gauche, comme on peut le constater en arrière.

La flexion et l'extension de la tête sont normales, l'inclinaison latérale gauche est complète, l'inclinaison latérale droite est limitée par la forte courbure de la colonne cervicale. La rotation de la tête est très gênée par le déplacement de l'atlas sur l'axis, mais elle l'est beaucoup plus vers la gauche que vers la droite.

Dans certains cas, on peut voir que la paroi postérieure du pharynx est repoussée en avant et plus à droite qu'à gauche; mais ce signe est inconstant: il n'a pas été retrouvé chez notre malade.

De dos, grâce à la position des oreilles, on constate encore mieux que la tête est fléchie à gauche et tournée vers la droite. Mais le point capital, c'est l'effondrement de la saillie de la nuque dans sa moitié gauche, et l'exagération de cette saillie musculaire à droite. Cette aspect est déterminé par la rotation de l'atlas qui projette sa masse latérale gauche en avant, et par une courbure à convexité droite du rachis cervical qui soulève les muscles des gouttières rachidiennes du côté droit. Dans la saillie droite, on sent en plus l'apophyse épineuse de l'axis, isolée et repoussée vers la droite par le glissement en avant et la rotation gauche de l'atlas. Enfin, il existe une scoliose de compensation dorsale supérieure gauche.

Voilà la description que le Dr Grisel fait de la maladie qu'il a appelée "**Torticolis Naso-Pharyngien**" par subluxation de l'atlas sur l'axis. Eh bien, tous ces signes, nous les avons retrouvés intégralement chez notre malade, sauf le refoulement de la paroi postérieure du pharynx, comme je vous l'ai dit tout à l'heure.

A ces signes cliniques déjà caractéristiques, s'ajoutent des signes radiologiques parfois difficiles à mettre en évidence, mais d'une grande valeur diagnostique. Il faut prendre des radiographies de face et de profil, et encore mieux, des radiographies en stéréo. De face, l'interligne articulaire entre l'atlas et l'axis a conservé sa hauteur et sa clarté normales à droite, tandis qu'à gauche, il est disparu parce que la masse

latérale gauche de l'atlas basculée en avant et en bas, vient se superposer, sur la radiographie, à la masse latérale de l'axis. A gauche donc, la fente articulaire a disparu.

De profil, les radiographies sont beaucoup plus difficiles à interpréter, mais en y regardant de près, on voit que l'arc antérieur de l'atlas a perdu contact avec l'apophyse odontoïde qui reste par ailleurs indemne de tout signe d'ostéite ou de fracture. On voit parfois, sur de très bonnes radiographies que les surfaces articulaires de l'atlas ont perdu contact avec les surfaces articulaires correspondantes de l'axis,

Chez notre malade, nous avons pris de très nombreuses radiographies et nous voyons sur toutes celles qui nous permettent de juger de l'état de la région sous occipitale, que l'atlas occupe manifestement une position anormale. L'interligne articulaire a disparu entre l'atlas et l'axis, tout l'arc antérieur de l'atlas qui a glissé en bas et en avant, projette son image sur celle de l'axis, à tel point qu'il est très difficile de faire le partage entre ce qui appartient à l'axis et ce qui appartient à l'atlas. De profil, et surtout en stéréo, on voit nettement que l'atlas est déplacé en avant, son arc postérieur surplombant partiellement le canal rachidien.

Sommaire des Constatations Radiographiques en sept. et nov. 1930

De multiples radiographies faites durant son séjour à l'hôpital, ont montré chez cette malade :

- 1°. Ostéite de la base de la phalangette de l'index, avec subluxation de l'épiphyse.
- 2°. Foyers d'ostéite dans le tiers supérieur de deux humérus, celui de droite beaucoup plus marqué.
- 3°. Foyer d'ostéite sur le rebord supérieur de l'arc postérieur de la 1ère côte droite.
- 4°. Ostéite massive de la moitié inférieure du fémur droit avec réaction périostique intense ; l'articulation du genou n'est pas touchée.

5°. Ostéo-arthrite de l'articulation coxo-fémorale. L'ostéite envahit tout le massif trochantérien, et s'étend d'autre part jusqu'au haut de l'ilium.

6°. Les radiographies de la colonne cervicale (difficiles de prise et d'interprétation à cause de l'indocilité et de l'attitude vicieuse de la malade), ont montré une déviation marquée du menton vers la droite. Elles n'ont pas révélé d'ostéo-arthrite au niveau de l'atlas ou de l'axis; le diagnostic de luxation uni ou bi-latérale des facettes articulaires a été laissé en suspens. Mais déjà un fort écartement des arcs postérieurs des deux premières vertèbres en indiquait la possibilité.

Radiographies prises en décembre 1932

Une nouvelle série de radiographies montre :

1°. La guérison, pratiquement sans vestiges, des foyers d'ostéite des deux humérus.

2°. Une raréfaction osseuse intense de tout le fémur droit, avec une large cavité au centre de la diaphyse et une bague périostique épaisse engainant presque tout le fémur.

3°. Une symphyse de l'articulation coxo-fémorale et un processus d'ostéite en voie de guérison intéressant le massif trochantérien et l'ilium.

4°. **Atlas et Axis:** De multiples radiographies prises sous des angles variés et des stéréo-radiographies montrent avec netteté un glissement en avant des facettes articulaires de l'atlas sur celles de l'axis, glissement plus marqué à gauche. L'interligne articulaire droit est encore perceptible, quoique très étroit; celui de gauche est totalement disparu. Le menton est toujours déjeté vers la droite. En position latérale, les radiographies montrent avec netteté l'écartement des arcs postérieurs de l'atlas et de l'axis et le déplacement antérieur du crâne et de l'atlas par rapport à la colonne cervicale.

Nous avons eu l'avantage chez notre malade, de prendre des radiographies différentes à deux ans d'intervalle, en 1930, quelques semaines après le début de la maladie, et en 1932, deux ans plus tard. Or sur les deux séries de radiographies nous retrouvons exactement les mêmes images. Les signes

radiologiques ont conservé leur intégrité parfaite. Il n'en est pas de même des signes cliniques qui se sont estompés d'une façon surprenante: la tête conserve encore une légère attitude vicieuse, le paradoxe des sterno existe, mais il faut le rechercher, les bosses occipitales sont encore inégales mais si peu. Le signe qui reste aujourd'hui le plus caractéristique, c'est l'impossibilité pour la malade de tourner la tête vers la gauche. À part cela, pour un œil non averti, elle a un petit air penché, et c'est tout, et pourtant son atlas est toujours luxé sur son axis comme nous le prouvent les radiographies.

D'après le Dr Grisel, cette affection surviendrait toujours à la suite d'une inflammation aiguë des voies aériennes supérieures, et c'est pourquoi il lui a donné le nom de torticolis nasopharyngien. Cette inflammation entraînerait une lymphangite, une cellulite de la paroi postérieure du pharynx, et c'est cette cellulite qui, en déterminant une contracture des muscles prévertébraux, serait la cause de l'énucléation de l'atlas. En effet, les muscles prévertébraux contracturés attirent l'atlas en avant et en bas, et par ailleurs exercent une traction entre l'occiput et l'axis. L'atlas, soumis à ces deux forces, glisserait en avant, basculant en même temps un peu en bas et tournant légèrement vers la droite, de telle sorte que sa masse latérale gauche se déplace en avant et en bas, pendant que sa masse latérale droite se déplace en haut et en arrière.

Cette luxation, pour se produire, a besoin de rencontrer des conditions adjuvantes favorables, c'est-à-dire une laxité anormale de la capsule et des ligaments articulaires. Or c'est chez les fillettes, paraît-il, que cette laxité est la plus grande. Ceci explique comment il se fait que cette maladie se rencontre presque exclusivement chez les petites filles de 8 à 12 ans. Sur les dix observations que j'ai relevées, il y a 9 fillettes et un garçon de 11 ans. Chez l'adulte on peut avoir le même tableau clinique, mais les signes radiologiques manquent, il y a contracture et attitude vicieuse, mais il n'y a pas luxation.

Voilà le mécanisme pathogénique que le Dr Grisel reconnaît à cette affection. Dans notre cas, nous n'avons pas relevé d'inflammation des voies aériennes supérieures. Cette inflammation a pu exister et passer inaperçue parce qu'alors

elle se serait produite à un moment où l'état général de la malade ne lui permettait pas d'attirer notre attention de ce côté. Mais d'un autre côté, on peut se demander si la suppuration de la face et du cuir chevelu n'a pas été directement la cause de ce torticolis. En effet, l'infection a pu gagner la région prévertébrale par la voie lymphatique et y causer les mêmes perturbations. D'ailleurs, à la suite des observations du Dr Grisel, on a rapporté un cas de torticolis naso-pharyngien à la suite d'une mastoïdite avec évidemment pétror-mastoïdien. Ainsi on peut se demander si dans l'avenir on ne reconnaîtra pas que les causes de ce torticolis peuvent dépasser la région des voies aériennes supérieures pour s'étendre à toute la tête.

Laissée à elle-même, cette affection devient définitive par rétraction et sclérose des tissus périarticulaires. Par ailleurs, dans les semaines et les mois qui suivent, il se produit des phénomènes de compensation, les signes cliniques s'estompent, mais ils persistent dans leurs caractères essentiels. Quant aux signes radiologiques, on peut les retrouver avec leur netteté du début, des mois et même des années plus tard. Notre malade fournit une belle illustration de cet énoncé.

Cette maladie est curable à condition de la reconnaître à temps. Le traitement se résume à faire de l'extension, en exerçant sur la tête une traction continue à l'aide d'un poids de 5-6 livres. La traction doit être maintenue jour et nuit. Au bout de quelques jours, on peut diminuer la traction de quelques livres pendant la nuit, puis on la suspend le jour pour la refaire la nuit et enfin l'abandonner complètement quand toute douleur a disparu et qu'il n'existe plus aucune déformation.

Ce traitement appliqué précocement donne des résultats presque immédiats: les douleurs cessent parfois après quelques heures seulement de traction, puis la tête retrouve sa mobilité et finalement l'atlas reprend sa place et la guérison est complète et définitive. Appliqué tardivement, après des mois, et à plus forte raison après des années, il risque fort d'être inopérant.

Nous avons fait de la traction chez notre malade, mais le traitement n'a pu être poursuivi assez longtemps pour donner

des résultats, en raison des autres complications qui évoluaient chez elle en même temps. Aussi avons-nous le regret de vous la montrer aujourd'hui, deux ans après le début de sa maladie, encore atteinte de son torticolis.

Voilà, messieurs, l'observation que nous avons à vous présenter ce soir. Nous avons cru qu'il n'était pas sans intérêt d'attirer l'attention des médecins praticiens, et même des spécialistes en orthopédie, sur une maladie individualisée par le Dr Grisel il y a deux ans à peine et dont la fréquence se révèle plus grande qu'on aurait été porté à le croire au premier abord.

Le torticolis naso-pharyngien n'a pas qu'un intérêt de curiosité, il a un intérêt très pratique puisque si l'on sait le reconnaître à temps, on évitera à quelques uns de nos malades le supplice de rester infirmes pour le reste de leurs jours.

- Références -

- P. Grisel.... Énucléation de l'atlas et torticolis naso-pharyngien
Presse Médicale, 11 janvier 1930
- Louis Ramond.... Autour d'une nuque raide.
Presse Médicale, 21 novembre 1931
- P. Desfosses.... Un cas de maladie de Grisel.
Presse Médicale, 30 août 1930
- J. Gourdon.... Torticolis par subluxation de l'axis.
Presse Médicale, 16 janvier 1932
- E. J. Berkheiser et Ferdinand Seidler.... Non traumatic dislocations of the atlanto-axial joint.
Journal of the American Medical Association, 14 février 1931
- L. Baldenweck.... Les torticolis post-opératoires et la maladie de Grisel.
Revue critique de pathologie et de thérapeutique, janvier 1932
- Mme B. Tedesco et MM. Grisel, Defosses, Tessier.... Deux nouveaux cas d'énucléation de l'atlas par torticolis naso-pharyngien.
Bulletin de la Société de Pédiatrie, mai 1930

Roger Bertain.... Torticolis consécutifs aux interventions mastoïdiennes.

Annales des maladies de l'oreille, du nez, de la gorge
et du pharynx, janvier 1930

P. Grisel et H. Bourgeois.... Un nouveau cas de torticolis naso-pharyngien.

Les annales d'oto-laryngologie, juillet 1931

