

33-10

6500/2

REVUE
NEUROLOGIQUE

==
EXTRAIT

SUR LE RÉFLEXE CÉPHALO-CERVICAL

PAR

MM. Ladislav BENEDEK et François KULCSÁR

(Travail de la Clinique neurologique et mentale de Debrecen, Hongrie)

Tome 1 — N° 1 — Janvier 1930

MASSON & C^{ie}, EDITEURS
120. BOULEVARD ST-GERMAIN, PARIS (VI^e)

SUR LE RÉFLEXE CÉPHALO-CERVICAL

PAR

MM. Ladislas BENEDEK et François KULCSÁR

(*Travail de la Clinique neurologique et mentale de Debrecen, Hongrie*)

Nous désirons faire connaître un signe réflexe que nous avons constaté chez un malade atteint d'une syringomyélie dont le début fut atypique. Lorsqu'on percutait au marteau l'écaille de l'os occipital, il se produisait une contraction réflexe dans les sterno-cléido-mastoïdiens des deux côtés. Le réflexe ne semblait pas s'épuiser facilement et l'on pouvait continuer à le provoquer régulièrement en longues séries. Ce réflexe n'est pas encore connu dans la littérature. Nous n'avons pu le susciter ni chez des individus sains ni dans les autres maladies nerveuses organiques ou fonctionnelles.

Le lieu optimum pour la production du réflexe est la région de la protubérance de l'os occipital externe, c'est-à-dire le point de l'inion. De là la zone réflexogène se continue du point lambda et au delà, par le bord de la suture sagittale jusqu'au bregma, et latéralement, au bord de la « linea nuchae sup. » jusqu'au « margo mastoïdeus » ; en direction distale, par la « crista occip. ext. » elle atteint les « processus spinosus » des vertèbres cervicales et dorsales jusqu'à l'apophyse épineuse de la cinquième dorsale. Telle est la zone réflexogène continue. L'effet du réflexe s'affaiblit progressivement du centre de la provocation du réflexe à sa périphérie. Outre ce territoire continu on a pu susciter le réflexe par la percussion du « facies molaris ossis zygomat. » et du « proc. zygom. ossis temporal. », puis de la région correspondant au « ramus mandibulae ». Pareillement le réflexe est apparu très vivement au coup qui percutait la « spina scapulae ». Anatomiquement la zone de provocation du réflexe s'étend sur la « regio occipitalis, pariet., mastoïd., parotideo-masseterica, scapularis, mediana dorsi » (partie supérieure). En ce qui concerne les « areae nervorum » la zone réflexogène réunit en soi les territoires d'innervation des « nn. occip. major. » (r. med. r. post. r. cerv. II), du « n. occip. minor » C2 et C3) du « n. auric. magnus » (C3), des « rr. med. rr. post. nn. thoracalium » et du « n. suprascapularis » (C5 et C6). Ce terrain présente en

avant une aire cutanée dans laquelle l'innervation sensitive du trijumeau et celle du plexus cervical se recouvrent réciproquement.

La contraction apparaît bilatéralement dans les muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Par conséquent, lors de la contraction musculaire, la tête étant doucement fixée en position moyenne, le ventre du muscle et ses chefs se dressent sous la peau du cou soulevée et la tête est portée en avant ; dans le cas d'une inclinaison légère de la tête en avant, avec le durcissement visible et palpable du muscle se produit encore une inclinaison rapide de la tête en avant, c'est-à-dire le « tic de Salaam ». Il n'a pas été possible de bien discerner si, dans la réalisation de ce mouvement, parmi les muscles profonds du cou intervenaient le m. rectus capitis ant. et lat. et le longus capitis. Mais la contraction du sterno-cléido-mastoïdien était en tout cas manifeste et seule aussi elle est capable de réaliser le déplacement de la tête dans les susdites conditions mécaniques. Ses dénominations antérieures : m. mutator capitis, m. consiliarius, muscle « de l'approbation » ne sont plus aujourd'hui en usage, quoique le changement d'opinion concernant sa fonction soit connu. Puisque la contraction est bilatérale et symétrique, l'effet de rotation, autrement caractère essentiel de la fonction du muscle, ne se fait pas valoir.

L'arc réflexe suit dans son trajet les sections suivantes : les branches cervicales du « plexus » (principalement n. occip. major, etc.), les fibres centrales des mêmes branches qui avancent vers le « nucl. n. accessorii » homolatéral et croisé, le « nucl. n. accessorii », le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Le symptôme dans son aspect clinique nous semble être un simple réflexe périosté, quoique tout le mécanisme réflexe et son importance, principalement au point de vue de la localisation en hauteur de l'affection de l'axe cérébro-spinal, demande encore des observations alors que l'exploration clinique est la seule possible. Dans le mécanisme susdit nous avons envisagé le trajet direct du processus d'excitation à travers l'arc réflexe, sans interposition d'autres neurones, quoique cette dernière possibilité ne soit pas exclue.

Le cas dans lequel nous avons trouvé le symptôme que nous avons appelé *réflexe céphalo-cervical* répond à l'histoire suivante :

M. G., Journalier, âgé de 50 ans, a été transporté de la clinique chirurgicale à la clinique neurologique le 14 mars 1928 en vue de l'éclaircissement des troubles de la marche qu'il présentait, avant qu'il soit procédé à l'opération de la hernie.

D'après l'anamnèse, son père est mort à 56 ans d'une maladie dont il ignore la nature. Sa mère et ses deux frères sont bien portants, un autre frère est mort en âge mûr. Lui-même a contracté un chancre à 27 ans. Il a fait pendant 26 jours une cure à l'onguent. Il se rappelle avoir eu un exanthème. Il n'a pas subi de traitement par piqûres. Dans sa jeunesse il a pris longtemps des boissons alcooliques en grande quantité, et il y a 16 ans, on l'a traité comme alcoolique pendant 5 semaines ; il n'avait plus bien sa connaissance. Depuis qu'il s'est rétabli de cette maladie, il boit peu et rarement. Il s'est marié à 30 ans. Il a deux enfants bien portants ; un enfant est mort à 15 ans. Sa femme n'a pas eu d'autre grossesse ; elle est morte il y a dix ans ; au cours de ses 4 derniers mois sa raison s'était troublée. Le malade a vu depuis 5 ans sa marche devenir de plus en plus difficile. Il est surtout incapable de marcher vite. La flexion

des membres inférieurs s'accomplit mal. La défécation et l'urination sont normales. Sa puissance sexuelle correspond à son âge. Sa vue n'est pas affaiblie. Quelquefois il a des vertiges. L'appétit est bon, pas d'amaigrissement.

Sa taille est de 175 cm., il est bien développé et d'embonpoint médiocre. Le crâne est dolichocéphale, la charpente du visage large et un peu symétrique. Les globes de l'œil sont un peu en dedans. Le doigt peut se placer facilement entre les globes de l'œil et la marge orbitaire supérieure ou inférieure. Les joues sont creuses. La denture est très défectueuse, et incomplète depuis l'âge de 20 ans. Les membranes muqueuses visibles contiennent du sang en quantité médiocre. La peau du visage est ridée et lâche. La peau sur le tronc et sur les extrémités n'est pas atrophique. Il n'y a pas d'œdème et les articulations sont libres. La musculature et le système osseux sont d'une façon générale bien développés. Il n'y a pas de déviation morbide ni de sensations de battements au niveau de la colonne vertébrale. Le thorax est emphysémateux, médiocrement large et il est symétrique. La matité du cœur est normale, les sons du cœur sont nets. Le pouls est rythmique, médiocrement tendu et plein ; il bat à 74 par minute. La tension du sang est de 145 mm. de Hg. Les places de Krönig sont de la largeur de trois doigts et demi. Le diaphragme se trouve à gauche plus haut d'un doigt. Des deux côtés le mouvement du diaphragme est plus petit qu'ordinairement. On ne constate rien de particulier à l'auscultation du cœur. Les recherches aux rayons Röntgen ont montré à la pointe du poumon droit quelques centres opaques, et les hiles sont tous deux fasciculaires. L'aorte est lâchée, d'une façon correspondant à l'âge. Au-dessus de l'ombre médiane il n'y a pas d'anomalie. La rate et le foie ne sont pas palpables. A gauche se trouve une hernie scrotale. Les ongles des mains sont sans brillant, et il y en a qui sont sillonnés, épaissis et fragiles.

Les pupilles sont médiocrement larges, rondes et égales ; elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de nystagmus. Les mouvements de l'œil sont libres. Le froncement du front, l'acte de montrer les dents s'effectuent bien et également des deux côtés. Les recherches électriques sur les muscles de la face au moyen des courants galvaniques et faradiques ne montrent aucune anomalie quantitative ni qualitative ; on n'a pu trouver ni l'allochirie électromotrice de Weiss ni le réflexe croisé de Benedikt. Les points de sortie du trijumeau ne sont pas douloureux à la pression. La sensibilité cutanée sur le visage, comme sur les membranes muqueuses, est normale. Sur la langue il y a des sillons transversaux et longitudinaux qui selon l'affirmation du malade existent depuis son enfance. La langue n'est pas diminuée dans son étendue et il n'y a pas de trémulations fibrillaires. La motilité de la large et du voile du palais est normale, c'est seulement la denture défectueuse qui cause quelque difficulté à l'émission des sons. Les réflexes pectoraux, acromiaux, scapulo-huméraux sont très vifs des deux côtés ; de même les réflexes des biceps, triceps et radiaux. Les réflexes de Mayer et de Lévi sont normaux. La zone réflexogène du réflexe patellaire à droite est agrandie et l'on peut évoquer le réflexe sur toute la longueur du tibia. A gauche le réflexe patellaire est vif. Les réflexes du biceps femoris sont réguliers. Les réflexes du tendon d'Achille sont très vifs des deux côtés. Des deux côtés se trouvent les signes de l'éventail et du gros orteil de Babinski. Le réflexe de Rossolimo et le réflexe paradoxal de Birg sont suscitables. Les réflexes épigastriques, abdominaux, médio-pubiens et crémastériens sont réguliers des deux côtés. Le tonus des extrémités supérieures est normal, celui des extrémités inférieures est augmenté. Dans les muscles des deux côtés des palpitations fibrillaires sont perceptibles. Il y a une vive irritabilité mécanique des muscles. A l'extrémité inférieure droite, sur le territoire des racines L2 à S1, le malade sent le froid, mais il ne sent pas le chaud ; il ne peut distinguer ni le froid ni le chaud. Sur cette région la sensation de la douleur est aussi abaissée. La sensation de palpation est éprouvée sur tout le corps. Au point de vue des sensations superficielles il n'y a pas d'autre anomalie.

C'est au cours des recherches sur la sensibilité de la tête et de la colonne vertébrale que nous avons été surpris de voir au coup de marteau une contraction très vive se produire dans la musculature qui remue la tête, et par effet de laquelle la tête inclinée et avant exécuta son mouvement affirmatif à type de « tic ». A l'examen de la zone

de provocation du réflexe qui se produit dans le sterno-cléido-mastoïdien il apparaît que le phénomène se manifestait toutes les fois que nous présentions sur le processus zygomatique de même que sur la mandibule vers l'oreille. Sur le front il est suscitabile à peine ; au vertex il est produit déjà à coup sûr ; en avançant vers l'occiput il devient de plus en plus vif et le point optimum de la provocation du réflexe se trouve dans la région du « processus occip. ext. » En bas, la V^e vertèbre limite sur la colonne vertébrale la zone où le réflexe est provoqué par un coup de marteau. Au niveau du processus « mastoïdeus » il est suscitabile à peine et sur le sternum également ; sur la spina scapulae il est bien suscitabile. Si l'on percute le muscle sterno-cléido-mastoïdien lui-même, la contraction réflexe du côté excité se produit à peine, mais si l'on présente sur les parties molles à côté de la nuque et de la colonne vertébrale on peut observer quelquefois, par effet de contractions d'un degré moyen du sterno-cléido-mastoïdien, bilatéralement une petite inclinaison de la tête en avant. En résumé nous disons qu'en présentant sur la région de la « protubérance occipitale externe », nous produisons dans les deux sterno-cléido-mastoïdiens une contraction foudroyante. En partant de ce point dans une direction radiaire, sur la tête jusqu'au front en avant, sur le processus zygomatique et l'apophyse mastoïde de côté, et sur la colonne vertébrale en bas jusqu'à l'apophyse épineuse de la V^e vertèbre dorsale, laquelle nous pouvons présenter, le symptôme réflexe se produit à tous les coups ; mais plus le point sur lequel nous présentons est éloigné de la protubérance occipitale externe dans la zone où nous nous trouvons, moindre sera l'effet de la contraction bilatérale des sterno-cléido-mastoïdiens et par conséquent plus sera petite la grandeur du mouvement de la tête. Le réflexe est donc suscitabile sur tout le périoste cranien.

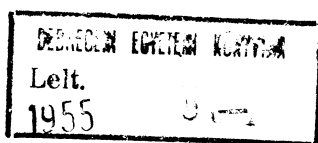
Sur le thorax, sur les extrémités inférieures et supérieures s'observe le dermatographe ; c'est sur l'extrémité inférieure droite qu'il apparaît le plus tôt et disparaît le plus tard. Lorsqu'on présente le front, la racine du nez et surtout la pointe du nez, les paupières fermées aussi, il apparaît un mouvement d'occlusion. Synchroniquement se produisent l'avancement de la bouche et une contraction mentonnière vers le haut. Le réflexe naso-palpébral de Guillain est très vif. En touchant la lèvre supérieure on ne provoque pas de mouvement de la langue. Le symptôme de Chvostek est négatif. En présentant du marteau la lèvre supérieure on produit un avancement des lèvres. Le réflexe de Toulouse et de Vu'pas est positif. Lorsqu'on touche le palais dur on ne fait pas apparaître le mouvement de succin des lèvres. Le réflexe linguomertonnier est négatif ; même à la piqûre de la langue, qui est étendue et couchée dans le fond de la bouche, la contraction du muscle mentonnier n'est pas perceptible. Le réflexe palmo-mentonnier est positif ; à la piqûre de la paume de la main, dans la lèvre inférieure se produit un mouvement réflexe. Le réflexe céphalo-palpébral de Galant n'est pas présent.

Les réactions de Wassermann, de Sachs-Georgi et de Meiricke III dans le sérum sont négatives. La « Ballungs-Reaktion » de Müller est négative. Les ponctions lombaires et sous-occipitales faites en même temps ont montré que la pression était partout la même. A la compression des vaisseaux du cou la tension du liquide céphalo-rachidien monte proportionnellement. Le lipiodol descendant injecté dans la grande citerne descend jusqu'au cône. Nous n'avons rien trouvé de pathologique dans l'urine par nos recherches chimiques et microscopiques.

Pendant un traitement clinique de trois jours du malade (injections de lait, cure iodée), le réflexe céphalo-cervical n'a pas montré de changement. La marche du malade s'est améliorée beaucoup, mais les réflexes spastiques et les troubles de la sensibilité dissociée n'ont pas manifesté de modification essentielle.

L'examen du liquide céphalo-rachidien soustrait le 21 mars et le 5 juin 1928 (dans les deux cas il a été pris par la voie occipitale et par la voie lombaire en même temps) a donné un résultat négatif au point de vue des cellules comme au point de vue des réactions de la globuline, de Wassermann et des colloïdes. La radiographie du thorax et des os des membres a donné une réponse absolument négative relativement à la constitution la plus fine des os.

Chez ce malade, le trouble dissocié de la sensibilité dans les segments cutanés s'étendant de la II^e lombaire à la I^{re} sacrée, les contractions fibrillaires dans la musculature des cuisses, la paraplégie spastique, les remarquables troubles vaso-moteurs dans le territoire cutané en question, enfin les troubles trophiques des ongles (l'enopthalmus peut-être aussi), tous ces symptômes nous permettent de supposer un cas de syringomyélie, ayant eu un début atypique, et dans lequel le réflexe céphalo-cervical décrit ci-dessus a été suscité.



Revue Neurologique

ORGANE OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
===== DE PARIS =====

COMITÉ DE DIRECTION :

J. BABINSKI - PIERRE MARIE - A. SOUQUES
O. CROUZON - GEORGES GUILLAIN - HENRY MEIGE
G. ROUSSY - J.-A. SICARD
Secrétaire général : O. CROUZON
Secrétaires : E. FEINDEL, P. BEHAGUE

CONDITIONS DE PUBLICATION :

La *Revue Neurologique* paraît tous les mois par fascicules de 100 à 120 pages, contenant des Travaux originaux, Analyses, Fiches bibliographiques, etc. Elle forme chaque année deux volumes d'environ 800 pages chacun.

La *Revue Neurologique* est l'organe officiel de la **Société de Neurologie de Paris** et publie les comptes rendus complets des séances.

Elle publie, en outre, le compte rendu de la Réunion Neurologique de Strasbourg, de la Société de Neurologie de Varsovie, et résumés, ceux des Sociétés Savantes.

ABONNEMENT ANNUEL

France et Colonies : 100 fr. Le numéro : 9 fr.

Etranger. — Tarif n° 1, 115 fr. Tarif n° 2, 130 fr.
(Selon tarifs postaux en vigueur.)

MASSON & Cie, ÉDITEURS, 120, Bd St-GERMAIN, PARIS (6^e)